REVISTA DE NEURO-PSIQUIATRIA

DIRIGIDA POR

Honorio Delgado y J. O. Trelles

JEFE DE REDACCION

Carlos Gutiérrez-Noriega

SECRETARIOS DE REDACCION:

P. Anglas - Quintana, León Mejía y J. Voto Bernales C.

PUBLICACION TRIMESTRAL

Tomo II No. 4

Lima - Perú

1939

Dirección : Revista de Neuro-Psiquiatría, Casilla 1589, Lima, Perú.

SUMARIO DEL N°. 1

Honorio Delgado : Psicología general y psicopatología de la voluntad . . . . . .
Oscar Trelles y Jorge Voto Bernales C. : Formas cerebelosas del síndrome de Guillain-Barré . . . . . .
Carlos Gutiérrez-Noriega y Humberto Rotondo : Catatonía experimental producida por cocaína . . . . . .
Federico Sal y Rosas : El tratamiento de la epilepsia por el Cardiazol . . . . . .
Armando Coello Vinatea : Nueva técnica de la punción sub-occipital. Su aplicación en la encefalografía . .
NOTICIA DE LIBROS . . . . . .
REVISTA DE REVISTAS . . . . . .
INFORMACION . . . . . .

SUMARIO DEL N°. 2

J. O. Trelles y P. Anglas Quintana : Mecanismo de la crisis epiléptica espontánea y cardiazólica . . . . . .
C. Gutiérrez-Noriega y H. Rotondo : Relaciones neurovegetativas en la epilepsia experimental . . . . . .
Arturo Jiménez Borja : Historia e iconografía de un esquizofrénico . . . . . .
Alejandro Arellano Z. : El líquido céfalo-raquídeo en la altura. Verificación en un caso de enfermedad de Monge
NOTICIA DE LIBROS . . . . . .
REVISTA DE REVISTAS . . . . . .
INFORMACION . . . . . .

SUMARIO DEL N°. 3

Oscar Soto : Diagnóstico radiológico y diferencial de la Hiperostosis Frontal Interna . . . . . .
J. O. Trelles y M. Méndez :. Sobre cuatro casos de Síndrome de Stewart-Morel (Hiperostosis Frontal Interna)
Juan Francisco Valega :. Efectos neuro-psíquicos del trauma eléctrico . . . . . .
Federico Sal y Rosas : El tiempo de reacción al Cardiazol en los epilépticos y en los no epilépticos . . . . . .
Juan Tauro del Pino : Estudio experimental de la evolución del pensamiento esquizofrénico en el tratamiento por el Cardiazol . . . . . .
Carlos Gutiérrez-Noriega : El pensamiento mágico en las pinturas del Antiguo Perú . . . . . .
NOTICIA DE LIBROS . . . . . .
REVISTA DE REVISTAS . . . . . .
INFORMACION . . . . . .

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA DE NEURO-PSIQUIATRIA

1939

Biblioteca
Enrique Encinas
Hospital Victor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA DE NEURO-PSIQUIATRIA

DIRIGIDA POR

Honorio Delgado y J. O. Trelles

JEFE DE REDACCION

Carlos Gutiérrez-Noriega

SECRETARIOS DE REDACCION:

P. Anglas - Quintana, León Mejía y J. Voto Bernales C.

TOMO II - 1939

Lima - Perú

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA DE NEURO-PSIQUIATRIA

Cátedra de Psiquiatría y Neurología

Lima — Diciembre 1939 — T. II. N° 4.

SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES :

Emilio Mira y López : La prueba del zigzag en neuropsiquiatría 503

Nerio Rojas : Fobia sexual femenina y matrimonio . . . 522

Carlos Monge M. : Perturbaciones psíquicas en la enfermedad de la altura (Mal de montañas crónico) . . . 536

J. O. Trelles y Jorge Lazarte : Síndrome de la arteria coroidea anterior 546

León Mejía : Complicaciones del tratamiento de la esquizofrenia por el método de Sakel 552

NOTICIA DE LIBROS :

Actas de la Segunda Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas (Jorge Lazarte) 573.—Luciano Abeille : **Etapas de la Vida Medical del Doctor Juan Madera, Prócer de Mayo** (León Mejía) 573.—L. G. Cornejo y C. A. Mazeira : **Educabilidad difícil y delincuencia en Arequipa** (J. O. T.) 573.—I. Costero y H. Berdet : **Estudio anatómico de 135 tumores de la Hipófisis y del tracto hipofisario, con algunas consideraciones clínicas, histogénicas y fisiopatológicas** (León Mejía) 574.—Goncalves Fernandes : **O Folclore mágico do Nordeste** (C. G. N.) 575.—Juan B. Lastres : **Las enfermedades nerviosas en el Coloniaje** (C. G. N.) 576.— Axel V. Neel : **The content of cells and proteins in the normal cerebrospinal fluid** (J. O. T.) 576.—Leonidio Ribeiro : **Dáctilo-Diagnose (Contribuicao da Medicina Legal para a Propedeutica Médica)** (León Mejía) 577 573-577

REVISTA DE REVISTAS :

Annales d'Oculistique. G. E. Jayle : "Contribution á l'étude des spasmes acquis du releveur de la paupiére supérieure" (Jorge Lazarte) 578.—**Annales Medico-Psychologiques.** Honorio Delgado y J. O. Trelles : "La Psychiatrie dans l'Amerique du Sud" (Mario Méndez) 579.— **Arquivos do Servico de Assistencia a Psicopatas do Estado de Sao Paulo.** Joao Baptista dos Reis y Julio de Andrade Silva Jr. : "Estudos comparativos entre os liquidos obtidos por puncoes suboccipitais e lombares em neuro-luéticos" (Jorge Lazarte) 580.—**Cul-**

(Sigue a la vuelta).

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tura Medica. J. Moreira da Fonseca : "Astenia suprarenal" (León Mejía) 581.— **Forschungen und Fortschritte.** Friedrich Alverdes : "Die Bedeutung der Begriffe Finalitaet, Zweckmaessigkeit und Sinn innerhalb der Biologie" (H. D.) 581.—**Index.** Eric Guttmann : "Benzedrina. Efectos fisiológicos y psicológicos. Farmacología y Toxicología" (León Mejía) 583.— **Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.** Georg Anastasopoulos : "Die Grundlagen des Wahnes bei den involutiven Geistesstoerungen" (H. D.) 583.— **Nervenarzt.** E. Küppers : "Die Krampfshockbehandlung des manisch-depressiven Irreseins" (H. D.) 587.— **Neurobiologia.** L. Robalinho Cavalcanti : "Aracnoidite cerebral difusa" (Jorge Lazarte) 588.— **Ospedale Psichiatrico.** V. M. Buscaino, S. Platania & G. Fasnaro : "Piretoterapia vaccinica (specifica e aspecifica) y chemoterapia delle psicosi schizofreniche e confusionali" (C. G. N.) 588.— **Psychoanalytic Quarterly.** W. Bischer : "Schopenhauer and Freud : A comparison" (C. G. N.) 588.— **Psychoanalytic Review.** Jules Masserman & Eva Balken : "The Psychoanalytic and Psychiatric significance of phantasy" (C. G. N.) 589.— **Rassegna di Studi Psichiatrici.** Salvatore di Frisco : "Nuova concezione patogenetica delle psicopatie. Ricerca di un ormone neuropsicotrofico nell'urina del bambino ed i suoi effetti terapeutici in sindromi psicopatiche" (C. G. N.) 591.— **Revista Argentina de Neurología y Psiquiatría.** Teodoro Fracassi : "Infecciones agudas no supuradas del sistema nervioso" (Jorge Lazarte) 592. — **Revista Neurológica de Buenos Aires.** Marcos Victoria : "Un problema semiológico : apraxia y agrafia" 593. Ch. Jakob, E. A. Pedace y B. A. Moyano : "Los problemas actuales de la anatomia patológica del sistema nervioso" (Jorge Lazarte) 593.— **Rivista di Psicologia Normale e Patologica.** A. Marzi y G. Tavernari : "Ricerche sull'intelligenza dei sordomuti" (León Mejía) 594.— **Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.** Robert Bak : "Ueber die dynamisch-strukturellen Bedingungen des primaeren Beziehungswahns" (H. D.) 595 578-595

SOCIEDAD DE NEURO-PSIQUIATRIA Y MEDICINA LEGAL :

Sesión del 4 de Octubre de 1939. Carlos Monge : "Disturbios psíquicos en la enfermedad de la altura" 597.— J. M. Herrera O. : "Medicina del trabajo y apreciación médico-legal de los obreros de minas" 597.— F. Sal y Rosas : "Experiencias de combinación luminal-cardiazol en el tratamiento de la epilepsia" 598.—M. Méndez y P. Anglas : "Síndrome de poliomielitis anterior asociado a la enfermedad de Carrión" 598.—**Sesión del 8 de Noviembre de 1939.** Honorio Delgado : "Un caso de parafrenia expansiva con antecedentes y síntomas neurológicos de sífilis" 599.— J. O. Trelles y Jorge Lazarte : "Síndrome de la arteria coroidea anterior" 600.— Max González Olaechea : "Meningo-neuro-axitis con notable hipertensión raquídea" 600.— **Sesión del 4 de Diciembre de 1939.** J. B. Lastres, A. Indacochea y C. Merino : "Síndrome óculo-simpático en el curso de afección neuro-anémica" 601.— F. Sal y Rosas : "Fantopsias en un caso de ceguera de etiología tuberculosa" 601.— J. M. Herrera O. : "Aspecto médico-legal y social del procedimiento para la internación de enfermos mentales y toxicómanos" 602.— Honorio Delgado : "Un caso atípico de psicosis presenil con síndrome de Cotard" 602 597-602

INFORMACION :

Congreso Latinoamericano de Criminología 605
Nueva revista de la especialidad 605

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA DE NEURO-PSIQUIATRIA

Cátedra de Psiquiatría y Neurología

Lima | Diciembre 1939 | T. II. Nº 4.

LA PRUEBA DEL ZIGZAG EN NEURO-PSIQUIATRIA

Por **EMILIO MIRA y LOPEZ**

Un error sistemáticamente cometido por psicólogos y psiquiatras al dedicarse al estudio de las "expresiones" y de los productos de la actividad psicomotriz de los sujetos sanos o enfermos mentales es el de fijar preferentemente su atención en datos complejos en vez de procurar aislar los simples elementos esenciales de la actividad psíquica investigada. Esto explica el porqué se han dedicado miles de trabajos a la investigación de la significación psicológica de los rasgos grafológicos, centenares de artículos al comentario de los dibujos—más o menos artísticos—de los enfermos mentales y en cambio apenas si se hallan en la bibliografía una docena de trabajos orientados hacia el análisis de las que podríamos denominar "líneas motrices elementales", es decir, de las expresiones psicomotoras más sencillas, sin contenido temático, obedientes tan sólo a las pulsiones predominantes en el momento y a la peculiar modalidad del estilo personal.

Por la misma razón, en la investigación de las actitudes de reacción individual se sigue concediendo demasiada importancia a las pruebas verbales y se desdeñan, por considerarlas demasiado "periféricas", las que entrañan la puesta en marcha de los verdaderos dispositivos de reacción personal. Un intento de rectificación en este sentido ha sido realizado por nosotros al crear un nuevo método de exploración del carácter, basado precisamente en el estudio comparativo—en los diversos planos del espacio—de un movimiento tipo, sencillo y no habitual. Nuestra técnica, a la que ahora no vamos a referirnos con detalle, pues ha sido ya expuesta a la Royal Society of Medicine (Sesión del 10 de octubre próximo pasado), entraña diversas pruebas. El objeto del presente artículo es dar a co-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

nocer una de ellas que puede ser aplicada y valorada aisladamente: la prueba del zigzag. He aquí, brevemente expuestos, sus datos esenciales, de ejecución, resultados y valoración.

MATERIAL E INSTRUCCIONES

Para hacer esta prueba se requieren: 3 hojas de papel de barba o de máquina, tamaño grande (a poder ser, 25 por 35 cms.; 3 lápices tinta bien afilados; un tablero donde puedan fijarse sucesivamente dichas hojas por medio de chinches (este tablero debe ser de superficie bien plana y fácilmente movible en todas direcciones); un cartón grande o cualquier otro objeto que pueda servir de pantalla para privar al sujeto de la visión del papel; una mesa corriente y una silla adecuada; un cronógrafo o un reloj con secundera.

Una vez que el sujeto se ha sentado cómodamente, se coloca el tablero con la hoja de papel sobre la mesa, centrándolo en tal forma que su eje longitudinal corresponda al de aquél y que la línea de proyección del dorso nasal incinda el papel en su centro rectangular. **Es esencial para la correcta ejecución de la prueba que no se altere en su transcurso esta posición relativa del sujeto y del papel.** Quiere ello decir que debe advertírsele de que ni debe curvarse o inclinarse hacia un lado ni tratar de torcer el tablero, gestos ambos que son corrientes en una gran parte de las personas cuando se aprestan a escribir o dibujar algo.

El experimentador traza entonces a unos 4 centímetros de cada borde lateral de la hoja de papel, en su parte superior, dos líneas en zigzag, descendentes y paralelas entre sí, pero opuestas en su dirección, de suerte que para prolongarlas simultáneamente el sujeto se vea obligado a realizar movimientos convergentes y divergentes con sus manos. (Véase la figura 1). Estas líneas tendrán 2.5 cms. de longitud y una desviación angular de unos 15°; basta con trazar 2 zigzags a cada lado para que el sujeto comprenda bien cual es su dirección. Entonces se dá un lápiz a cada mano del sujeto y se le invita a que continúe dichas líneas en dirección hacia sí (egocípeta) procurando mover ambas manos simultáneamente y conseguir un trazado lo más regular y uniforme posible, pero advirtiéndole que para mayor dificultad se le va a interponer una pantalla, de modo que **no va a ver lo que esté haciendo y ha de guiarse solamente por sus impresiones instintivas** (si se trata de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

persona culta se puede precisar diciendo que ha de guiarse por sus sensaciones propioceptivas). Punto fundamental es el de que para realizar este doble movimiento zigzagueante el sujeto ha de tener sus manos y sus muñecas en el aire, es decir, **no apoyadas sobre el papel** y ha de procurar, además, **conseguir la mayor soltura posible en sus movimientos** (para lo cual será conveniente que no lleve puños y se arremangue las mangas si se teme que puedan estorbarle o tropezar con el borde del tablero).

A continuación se le invita a colocar la punta de cada lápiz al final de la línea en zigzag correspondiente y se le advierte que habrá de continuar su quehacer hasta que se le diga basta, procurando desde luego realizarlo con el mayor cuidado y regularidad, es decir, sin interrupciones ni aceleraciones. Es conveniente—para comparar la diferencia— que empiece el trazado bajo control visual y se interponga la pantalla cuando haya trazado 3 ó 4 zigzags, continuándose así hasta que se llega, aproximadamente, a la mitad de la hoja. Se toma el tiempo en segundos, se traza una horizontal para señalar el punto de interrupción, se escriben las notaciones correspondientes (inicial de la mano y sentido del movimiento) y se invierte el tablero, de suerte que ahora la prolongación de las líneas va a hacerse hacia el exterior (en sentido egocífugo), es decir, hacia "arriba", en el lenguaje del sujeto (éste confunde, en efecto, casi siempre, la dirección hacia dentro con la dirección hacia abajo y la dirección hacia fuera con la de hacia arriba). La técnica y notaciones de esta segunda parte de la prueba es igual a la primera que acabamos de describir y resulta tan sencilla que nos parece innecesario insistir sobre ella; la inspección de la figura 1 es suficientemente ilustrativa.

En la segunda hoja de papel se realiza lo mismo pero colocando el tablero en posición vertical, de suerte que esta vez la primera parte de la reproducción se hace realmente **hacia abajo** y la segunda **hacia arriba.**

Finalmente, en la tercera hoja se obtienen **muestras aisladas,** es decir con cada mano por separado, de las líneas en zigzag dibujadas, en las 4 direcciones antes mencionadas (dentro, fuera, abajo y arriba) siempre invitando al sujeto a conservar su regularidad en tamaño, dirección, presión y velocidad de ejecución.

Es necesario, si se quiere basar sobre esta prueba un criterio pronóstico, repetirla al cabo de 7 días, por lo menos. Las instrucciones son las mismas pero con la diferencia de que esta vez el su-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

jeto no se limita a realizar los zigzags sino que a la vez lee en alta voz un texto, que le sirve al propio tiempo de pantalla. Con ello se consigue disminuir notablemente el control consciente y revelar más claramente algunos elementos de singular interés.

VALORACION DE LA PRUEBA

Todavía tenemos en estudio la técnica definitiva de valoración de los resultados, pero no obstante podemos avanzar un sistema provisional de evaluación que resulta sencillo y proporciona interesantes datos clínicos.

Desde luego hay que distinguir dos clases de datos: cuantitativos y cualitativos; la valoración estadística se aplica predominantemente a los primeros, en tanto los segundos han de ser apreciados **d' emblée,** por la fineza psicológica del experimentador. Veamos los primeros:

a) **Tamaño :** Interesa conocer: 1° el promedio de longitud de las líneas. 2° Su variabilidad, en cada mano y en cada experiencia. 3° Su incremento o decremento generales en las diversas direcciones del espacio.

b) **Dirección :** 1° Constancia de la desviación angular y valor medio de la misma. 2° Sentido general (rectilíneo o curvilíneo) de la línea zigzagueante. 3° Inversiones (absolutas y relativas) del trazado. 4° Concordancia o discordancia de las anomalías en ambas manos y en las distintas direcciones. (La comparación de los trazados simultáneos y aislados permite deducir el que denominamos "coeficiente de dominio" de una mano sobre la otra en la determinación de las irregularidades de este elemento).

c) **Presión :** 1° Grado medio de intensidad del trazado en cada mano y experiencia. 2° Variabilidad de la misma. 3° Incremento o decremento generales en el curso de los trazados.

d) **Velocidad :** 1° Velocidad media en cada experiencia. 2° Valor medio de la aceleración o el retardo. 3° Relación de las variaciones angulares de cada mano en cada dos trazados de dirección opuesta. 4° Concordancia o discordancia del signo de esta relación con la aceleración o el retardo medio observado (cronométricamente) en su ejecución.

No es necesario siquiera agotar el cálculo de estas medidas para obtener datos interesantes de la personalidad y la conación del

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sujeto experimentado. Para ello sirven algunas observaciones cualitativas que hacen referencia, singularmente, a: la **blandura** o **dureza,** la **pulcritud** o el **descuido,** la **regularidad y claridad** o la **inestabilidad y confusión,** la **ligereza** o la **pesadez,** etc., de los trazados. Tales elementos en parte coinciden con los revelables por el análisis cuantitativo y en parte—por ser configuracionales — solamente resaltan, como ya hemos indicado antes, a golpe de vista acostumbrada a la valoración de la prueba.

INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS CUANTITATIVOS

A la luz de nuestras observaciones realizadas con un material de 35 sujetos normales, 32 epilépticos, 16 deprimidos, 16 esquizofrénicos, 6 obsesivos, 7 personalidades psicopáticas, 9 suicidas, 6 enfermos neuroorgánicos y 12 casos mixtos, de depresión ansiosa, todos ellos examinados en el Maudsley Hospital, gracias a las facilidades que nos fueron dadas por el Prof. Mapother y el Dr. Aubrey Lewis, podemos señalar la significación que cabe atribuir—para el diagnóstico diferencial y para el pronóstico—a bastantes de los datos antes mencionados. Hela aquí :

a) **Tamaño :** Un aumento paulatino y constante del tamaño de las líneas a lo largo de la experiencia indica un predominio de la "facilitación" (Bahnung) refleja y se encuentra especialmente en personas excitadas o con notable reserva de energía psicomotriz. Una disminución en igualdad de condiciones señaala un predominio de los procesos de inhibición y se halla en los estados depresivos o en personas de escasa energía de acción. Ordinariamente existe una diferencia de tamaño medio lineal a favor de la mano izquierda; esta diferencia no excede—en personas normalmente constituídas y cultas—de un 10% a un 20% del total; su aumento señala una falta de **cohesión** intrapersonal, es decir, la existencia de fuerzas psicomotrices incontroladas. Por el contrario, su disminución o incluso inversión—si no hay zurdería—indica un desarrollo completamente falso y artificial de la personalidad consciente, que trata de aparecer y representar más de lo que realmente es (tal se observa en sujetos vanidosos, en tímidos sobrecompensados, etc). Esta interpretación se basa —además de en el control de la práctica—en el hecho fundamental de que **los resultados de la mano izquierda** expresan más fielmente el modo de **ser** y los de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

la derecha el modo de **parecer** de la personalidad o, dicho de otro modo, aquellos tienen más base **genotípica** y estos más significación **fenotípica**. La diferencia del tamaño lineal medio entre las líneas iniciales—trazadas bajo el control visual— y las primeras hechas bajo el efecto de la interposición de la pantalla señalan **el cambio de actitud reaccional** frente a lo desconocido e indican **en qué sentido** actúa (propulsor o frenador) el control consciente de la personalidad o, dicho de otro modo, **si se trata de un sujeto que tiende a concentrarse y empequeñecerse o a crecerse y reaccionar impulsivamente ante la emergencia de un peligro.**

b) La uniformidad del tamaño lineal indica escasa afectividad libre, es decir, señala una personalidad de tipo **coartado.** Una gran variabilidad del mismo indica la existencia de tendencias en conflicto y es propia sobre todo de los estados de ansiedad. La discordancia entre la variabilidad del tamaño lineal en ambas manos es un excelente signo —entre otros— para el diagnóstico diferencial entre los cuadros iniciales de la esquizofrenia y los de otras psicosis reactivas que se acompañan de ansiedad.

c) La diferencia entre los promedios de tamaño de las oblícuas egocípetas y egocífugas (en la prueba sagital), ascendentes y descendentes (en la prueba vertical) coincide en un 85% de los casos con el sentido de la variación angular y determina la distensión de la línea en zigzag (comprimiéndola o estirándola), de tal manera que en las personas con predominio de la actitud **autoagresiva** o **heteroagresiva, depresiva** o **maníaca, la línea se precipita respectivamente hacia dentro, fuera, abajo** o **arriba.** Si tal precipitación ocurre en ambos lados (derecho e izquierdo) indica el predominio **absoluto** de la tendencia, pero si sólo se tiene lugar en uno de ellos, señalará su carácter relativo, es decir, compensado y éste será **actual y consciente** o **latente y subconsciente** según tal precipitación tenga lugar más visible en el trazado de la mano derecha o de la izquierda.

Dirección: La desviación general de la línea indica **falta de seguridad y de orientación psíquica** en la dirección vectorial correspondiente. De aquí que las mayores desviaciones se observen en los grupos de sujetos **esquizofrénicos procesuales y afectos de psicosis orgánicas** (v. figs. 2 y 3). **Una desviación convergente en el plano sagital es típica de algunos casos con intensa tendencia al suicidio**

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

(fig. 4) y coincide siempre con la precipitación de la línea en sentido egocípeto. La imposibilidad de conservar la dirección vertical **ascendente** es típica de casi todos los casos de depresión no ansiosa; en cambio en la excitación maníaca se observa una **resistencia creciente al descenso en la dirección vertical.**

También es típica de la esquizofrenia la gran variabilidad de las desviaciones angulares, incluso con frecuentes inversiones del valor angular.

Presión : En general la presión y el tamaño varían de modo concordante. Interesa en la prueba simultánea ver cual es la mano que ejerce mayor presión: si es la derecha ello indica un buen control consciente; si es la izquierda, lo contrario. **Las variaciones súbitas de presión** con brusco incremento de la carga energética, se hallan: a) en la esquizofrenia; b) en los estados de excitación maníaca; c) en la mano **izquierda** de bastantes epilépticos. Una disminución (casi siempre paulatina) de la presión coincide con la disminución del tamaño lineal y de la desviación angular en los estados depresivoestupurosos y en algunos síndromes de neurastenia constitucional en sujetos de tipo asténico.

Velocidad: El tiempo medio de ejecución de la prueba es un buen indicador, no del "tempo" psíquico del sujeto en el momento del examen, pero sí de la velocidad de sus reacciones psicomotrices, a condición que se compense debidamente la pérdida inicial debida al aprendizaje de los movimientos requeridos. Sumamente interesante es el estudio de la variabilidad del curso reaccional: su carácter "saltante" es típico de la psicomotilidad esquizotímica, al paso que su aceleración o retardo uniformes lo son de la psicomotilidad ciclotímica. Hecho interesante: 4 sujetos histéricos (3 hembras y un varón) han mostrado en este aspecto variaciones de ritmo psicomotor típicamente esquizofrénicas, a pesar de que no hay en su historia clínica ningún síntoma básico de tal enfermedad. Ello parece confirmar—claro es que bajo todas las reservas inherentes al escaso número de observaciones— la afirmación de la escuela pavloviana, según la cual el síndrome histérico debe considerarse, desde el punto de vista neurofisiológico, como una desintegración inicial (una especie de esquizofrenia "mitis") que afecta sobre todo a la personalidad **profunda** y que al avanzar y difundirse hasta alcanzar el "cortex" adquiere la tonalidad esquizofrénica propiamente dicha. (De aquí a considerar la caprichosidad y el mimetismo, la inestabilidad y la facilidad de disociación de los histéricos como sínto-

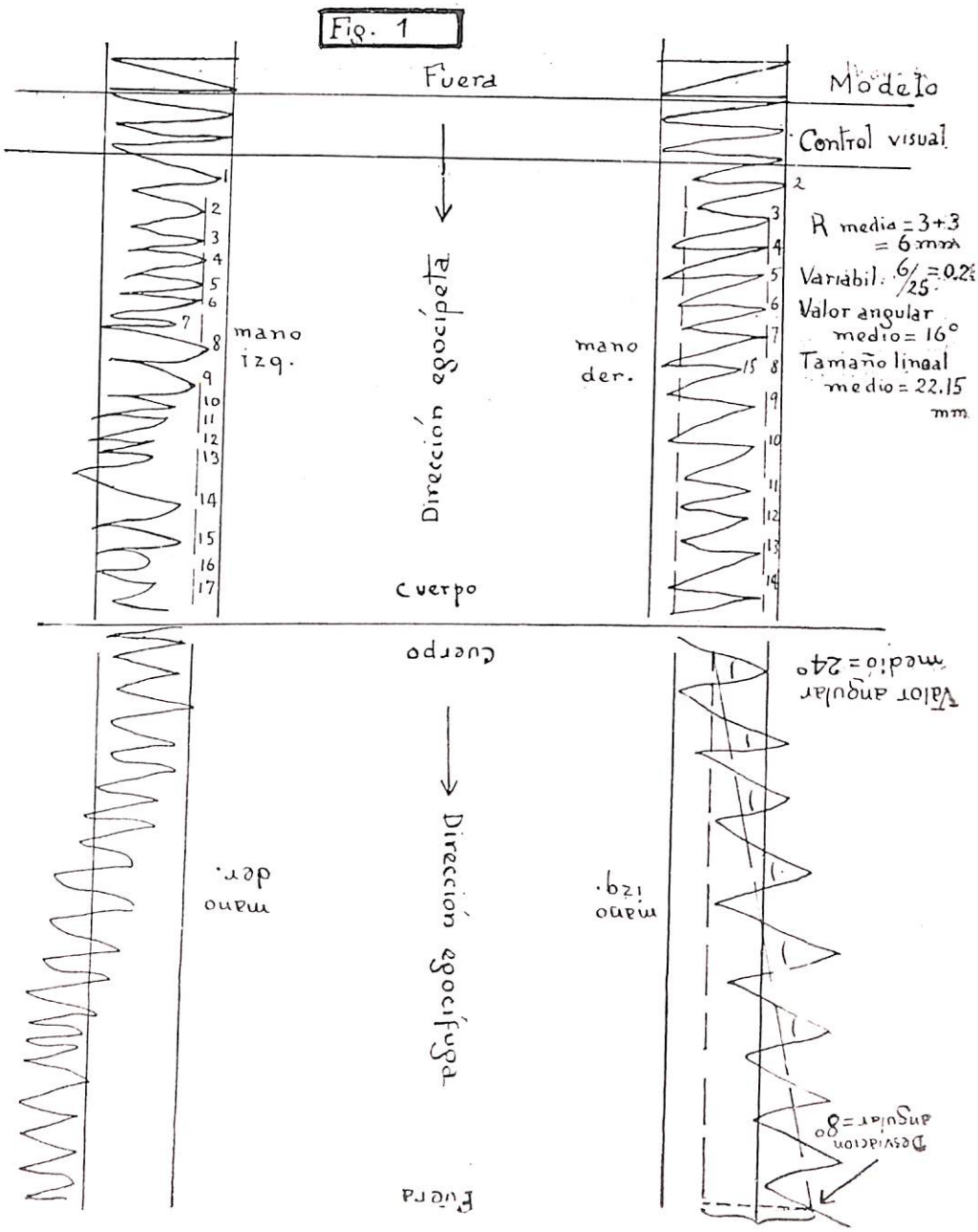
Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

mas derivados de estas peculiaridades de su organización psicomotriz no habría más que un paso, pero no nos atrevemos a darlo, por ahora).

ASPECTO GENERAL DE LAS LINEAS

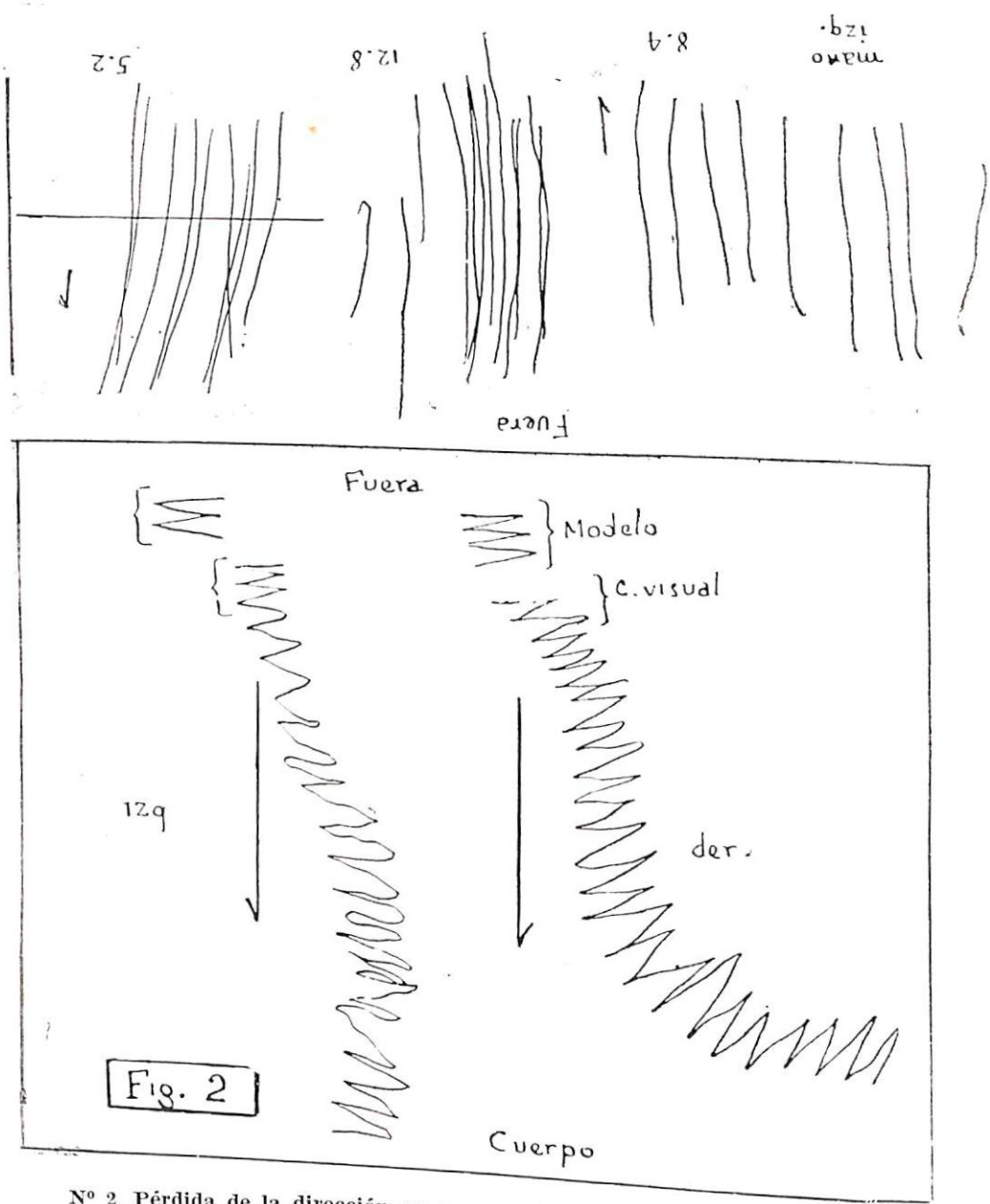
Mejor que toda consideración teórica, la inspección de algunas gráficas típicas nos mostrará cuanto puede obtenerse con esta prueba por sí sola. Claro es que si sus resultados se integran en el cuadro general de los obtenidos con el resto de las pruebas que constituye nuestro "psicodiagnóstico miocinético" las inducciones ahora vacilantes se confirman, precisan y permiten deducciones importantes, confirmadas por la clínica. No es ahora, sin embargo, el momento de señalar tal integración, pues ello habría de conducirnos a exponer todo el sistema de pruebas, trascendiendo con exceso de los límites de la hospitalidad de esta Revista. Por tanto, invitamos solamente al lector a la inspección de los gráficos 5-10 y sus leyendas y, sobre todo, a comprobar por sí mismo en sus enfermos lo que puede dar de sí este medio sencillo y rápido de complementar la exploración psiquiátrica.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera



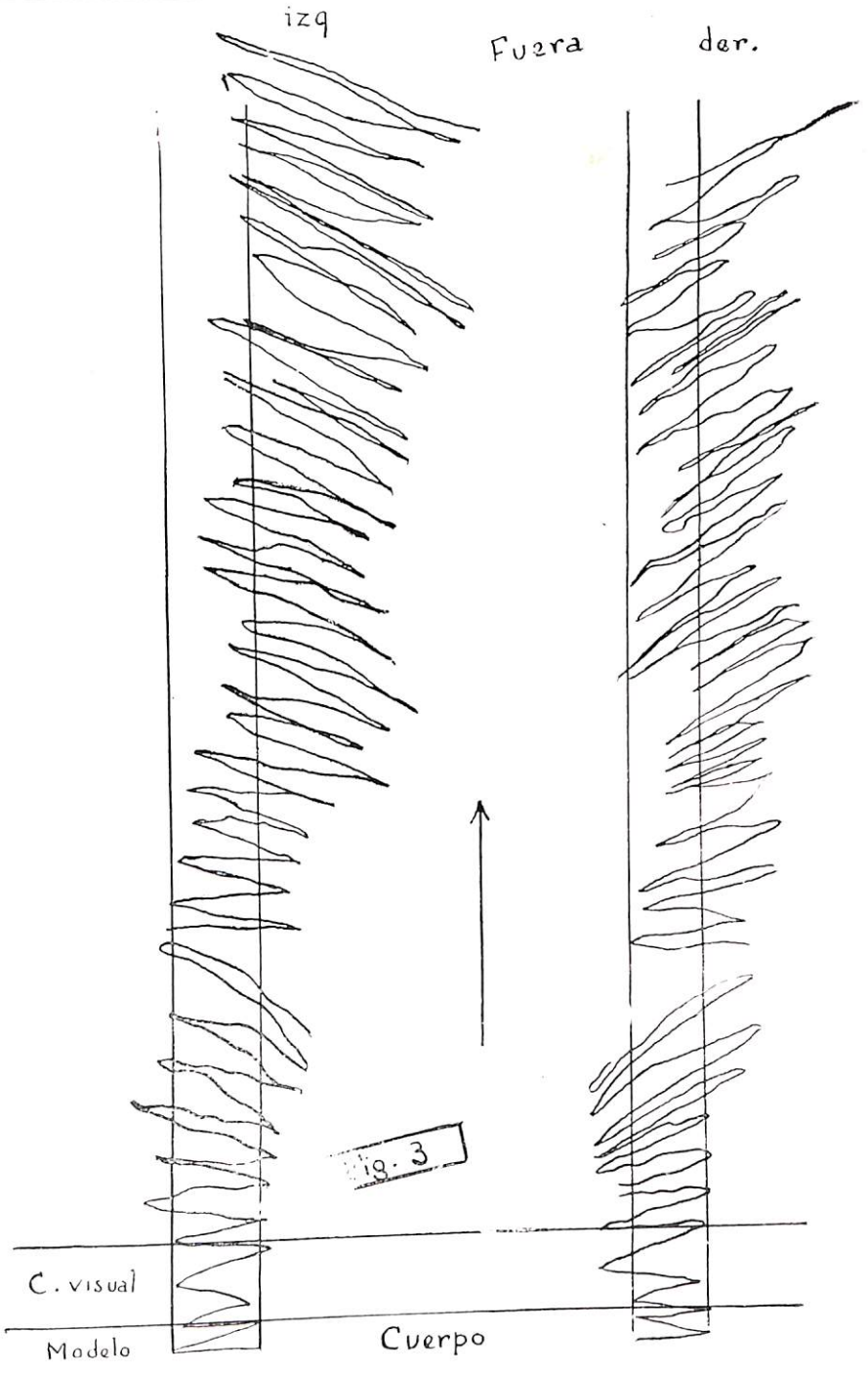
Nº 1. Primera parte de la prueba del zigzag en un sujeto normal. Interesa fijarse solamente en los signos usuales de notación. La figura es artificial y puramente didáctica.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera



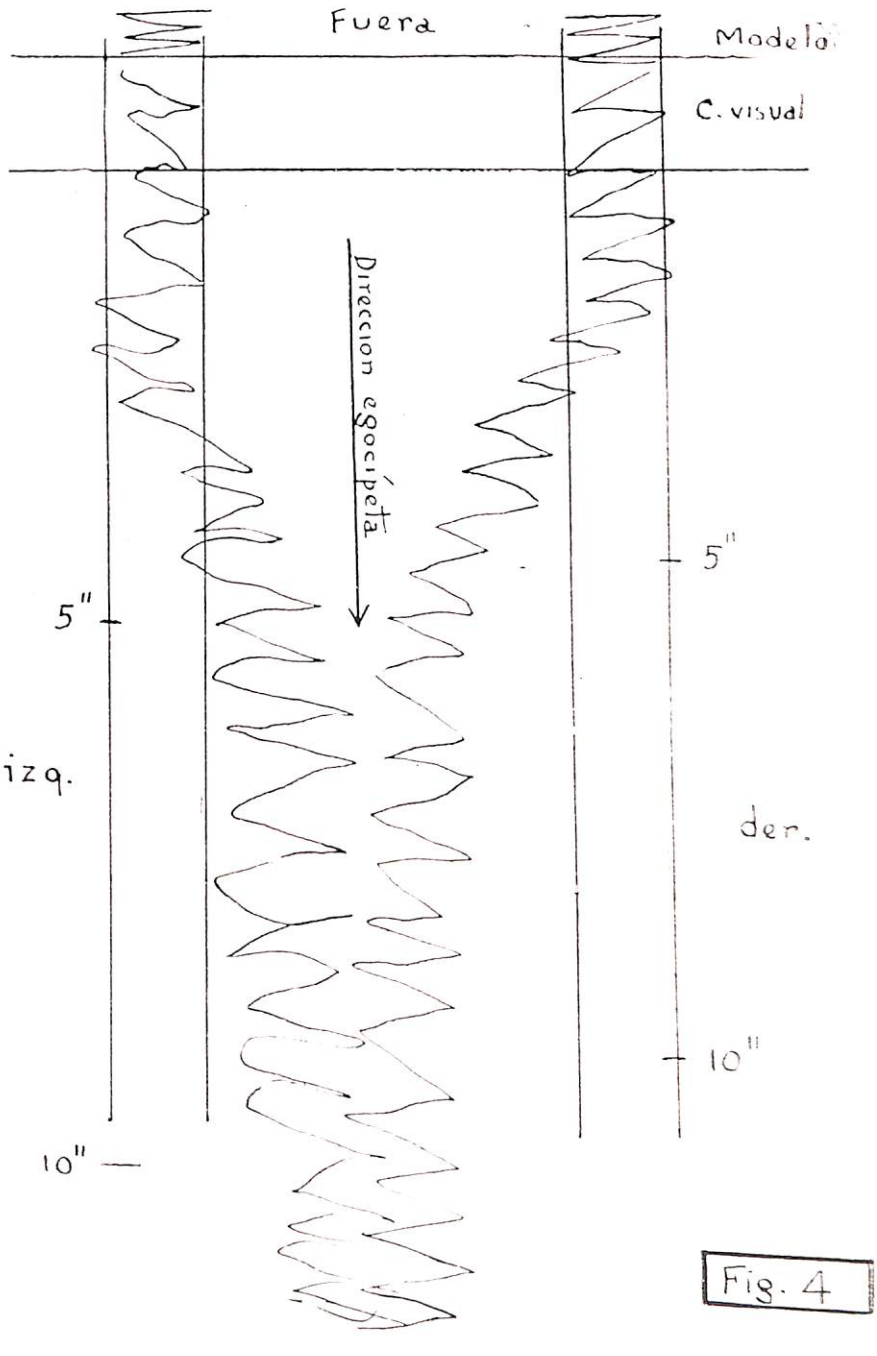
Nº 2. Pérdida de la dirección en un caso de esquizofrenia injertada, de fenomenología predominantemente paranoide (delirio de influencia y de persecución religiosa) con casi completa ausencia aparente de síntomas motrices.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera



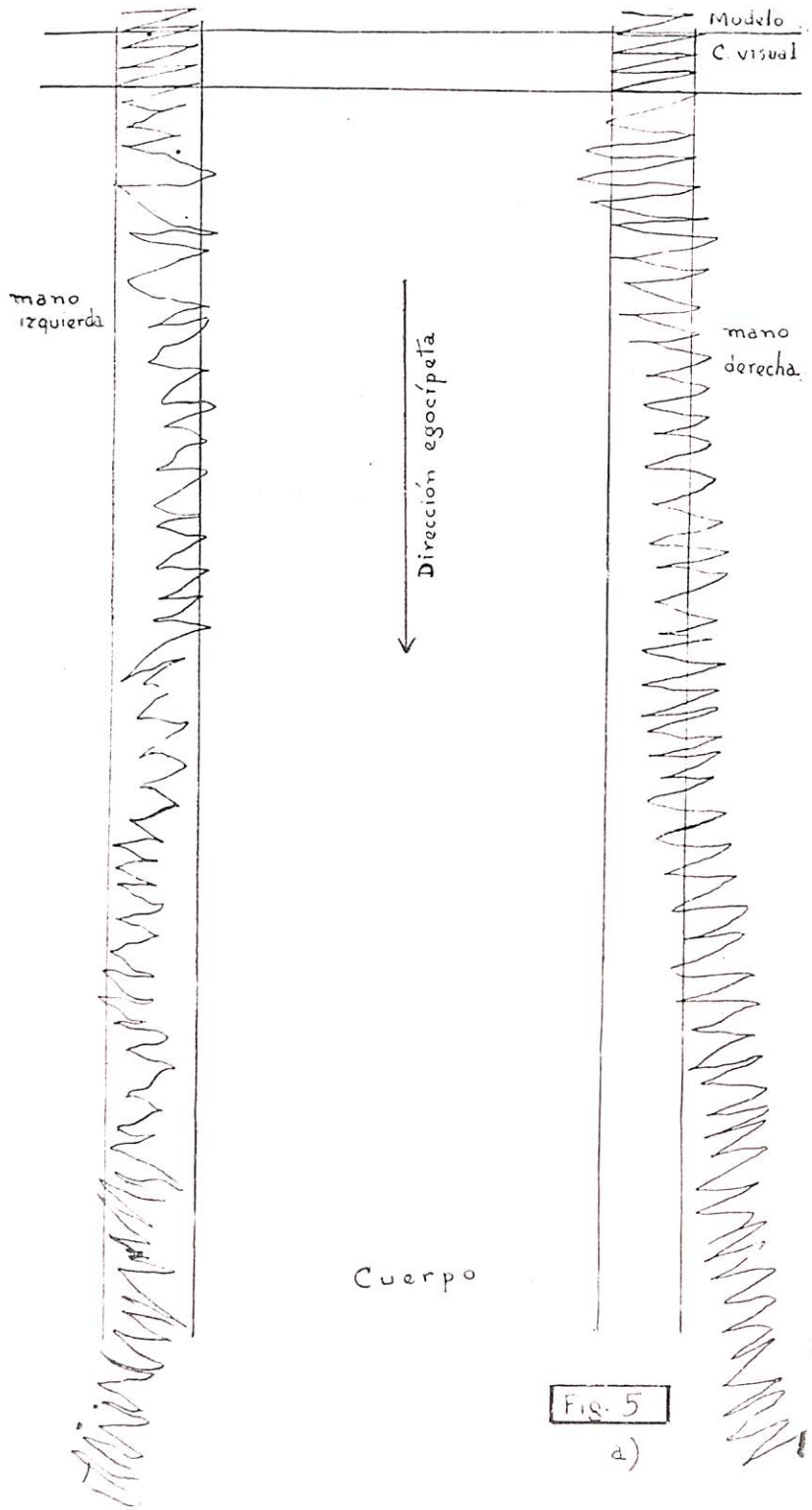
Nº 3. Zigzags sagitales de un enfermo de P. G. malarizado pero con síntomas demenciales claros. (Nótese además de la pérdida de dirección, lo grosero que resulta el trazado, del cual ha huído gran parte de la fluidez y "animación" que caracterizan la línea psicomotriz normal).

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera



Nº 4. Zigzags sagitales convergentes de un suicida recidivante (a notar además la precipitación de la línea en dirección egocipeta).

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera



N° 5. Resultado típico de la prueba de zigzag en un caso de esquizocaria. La comparación de las gráficas a y b (la 2a. obtenida un mes después de la 1a.) nos hace ver claramente la marcha progresiva del proceso y su ataque a las capas más profundas de la estructura psicomotriz (véanse las discordancias y alteraciones del ritmo, dirección y sentido cinético en la mano izquierda).

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

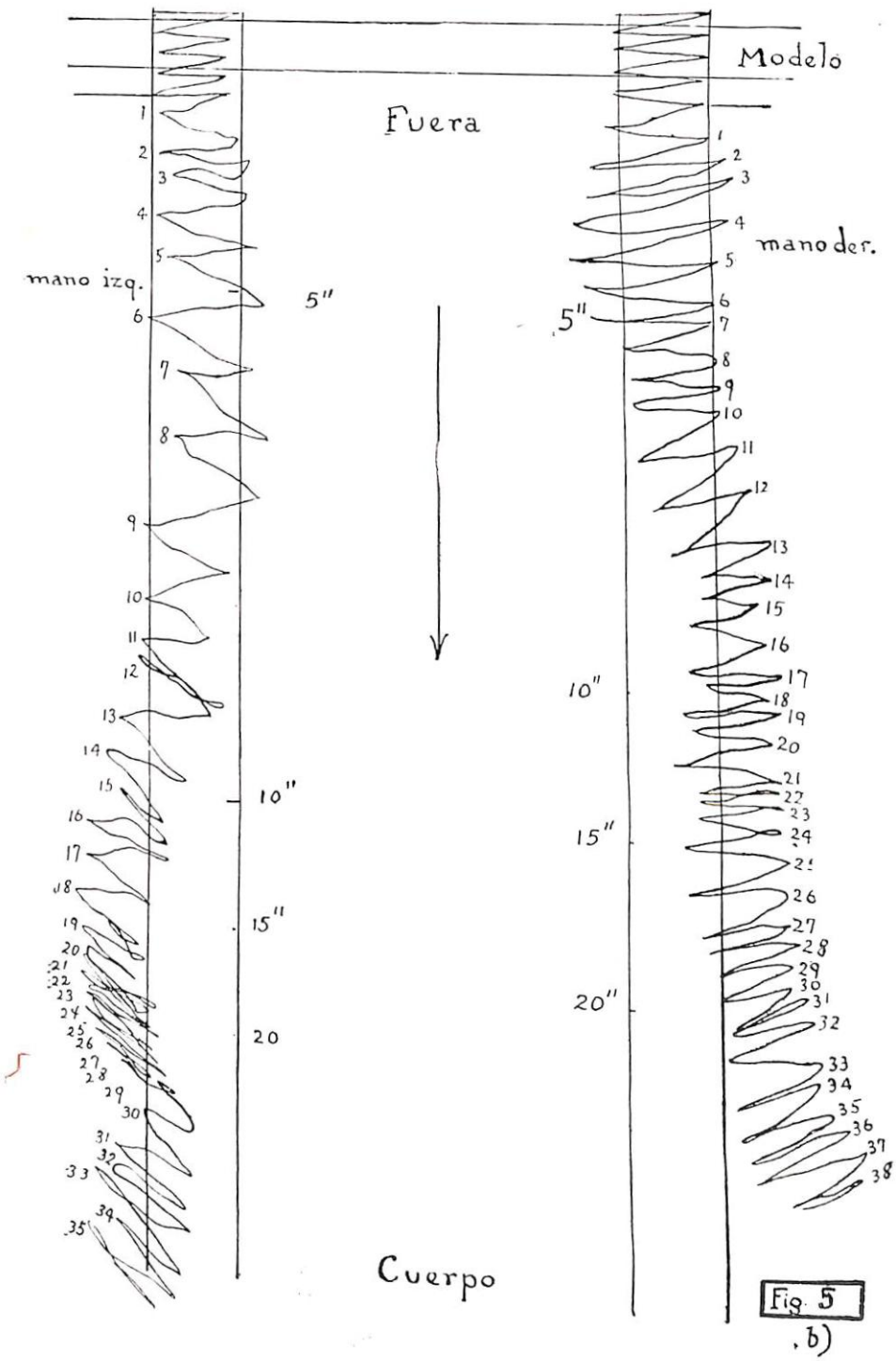
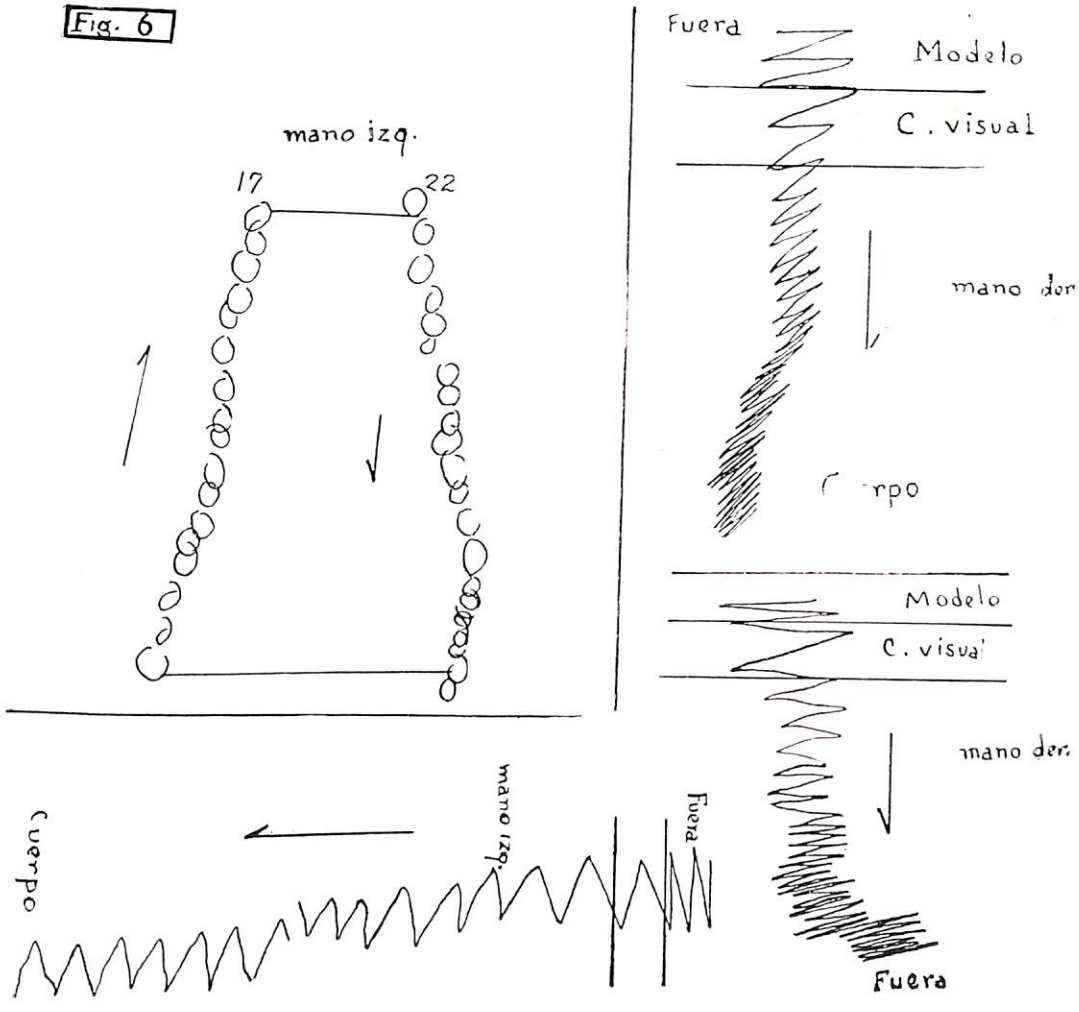


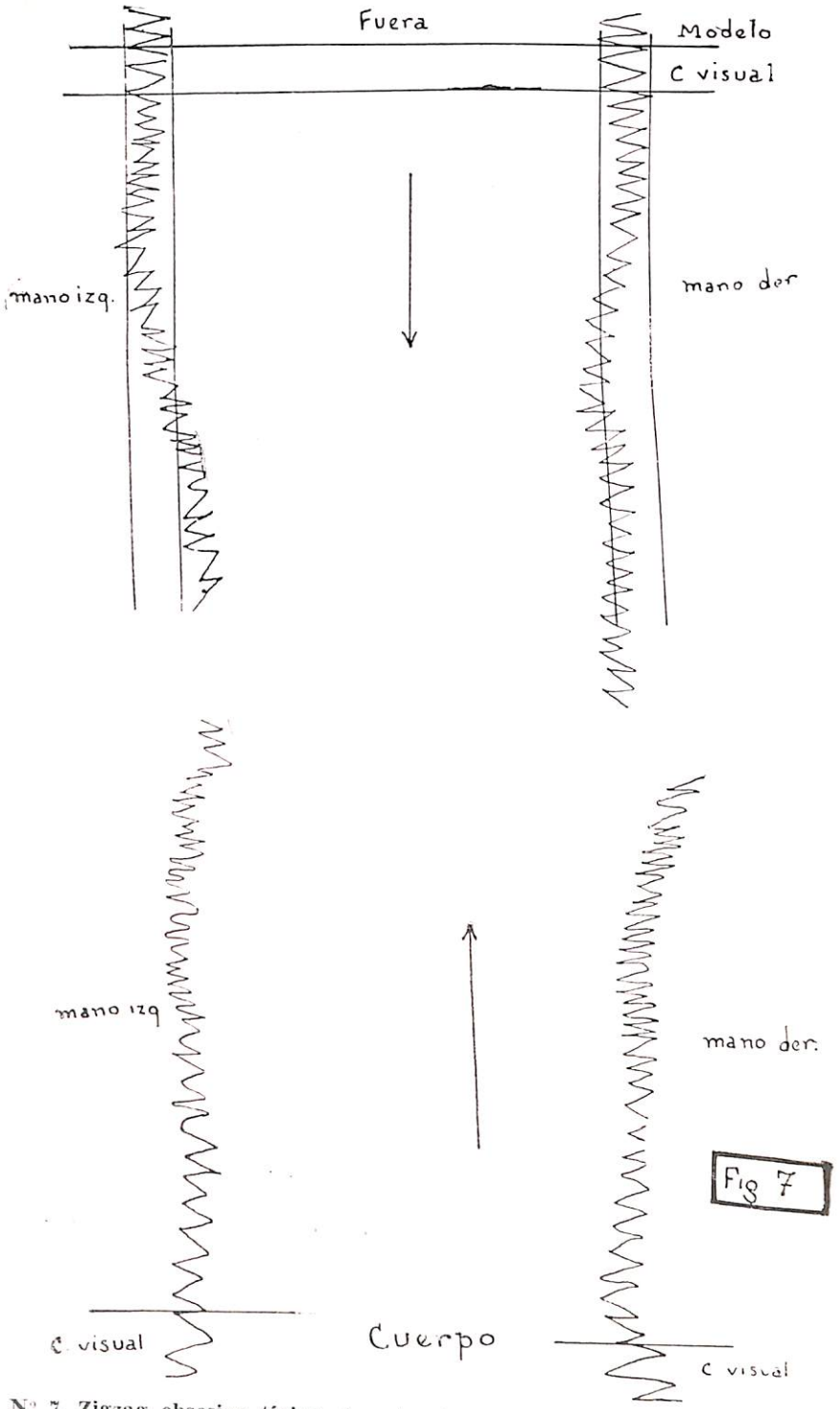
Fig. 5
.b)

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera



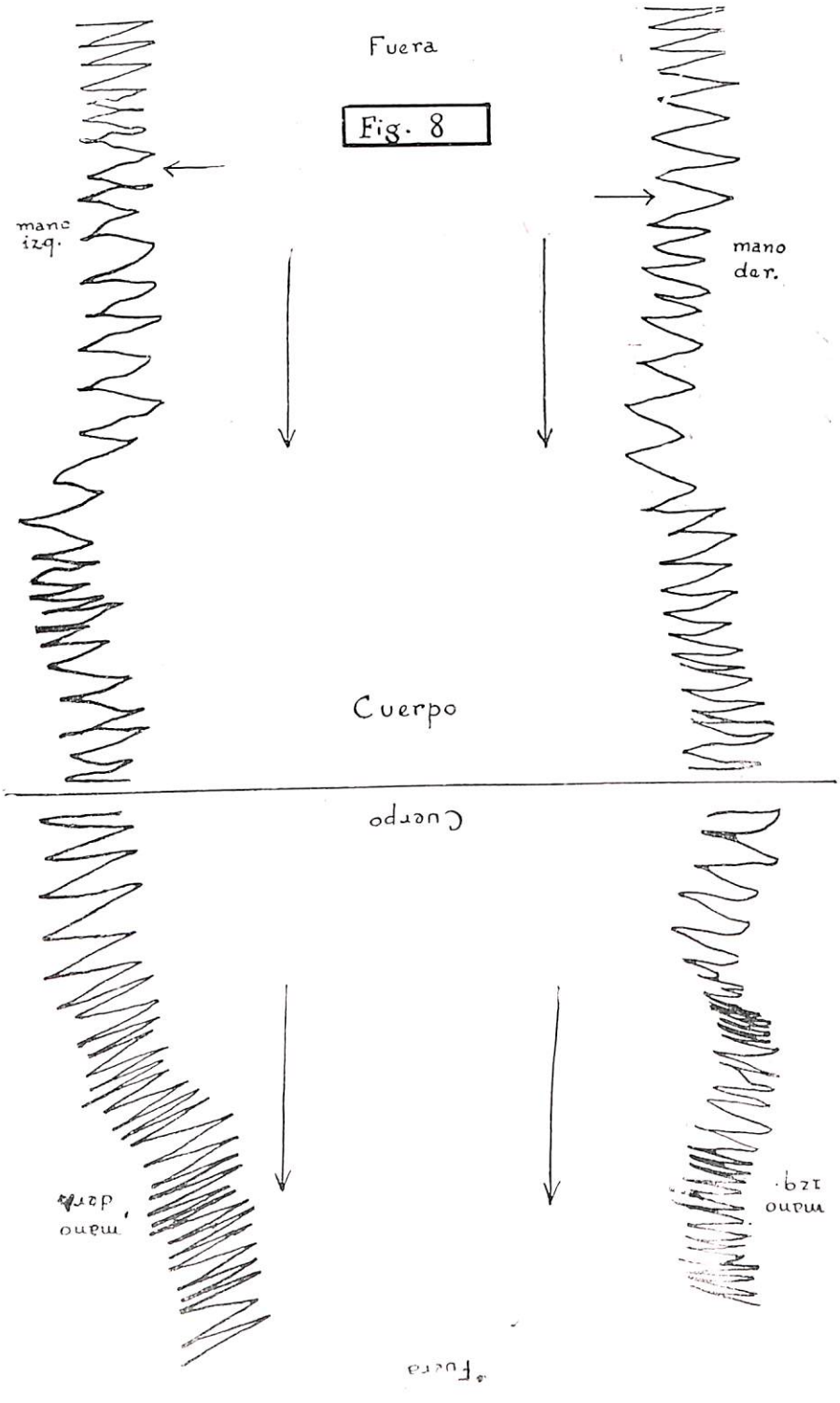
Nº 6. Agotamiento del impulso psicomotor en un caso de depresión neurasténica crónica (tipo asténico, con fibrosis apical derecha y enteroptosis).

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera



N° 7. Zigzag obsesivo típico. A notar la pulcritud del trazado, la blandura de la mano derecha, la precipitación egocífuga de esta al principio y su rápida detención, en tanto la mano izquierda la sobrepasa. En cambio en dirección centrípeta (b) conserva su impulso. Nótese también la reducción de tamaño y la discordancia.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera



Nº 8. Marcada resistencia egocífuga y resistencia egocípeta final— sin pérdida sino con concentración del impulso— en un psicópata de tipo sensitivo paranoide, tímido, aprensivo pero aténico y con "descargas" emotivas intensas.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Fig. 9. Comparación de los zigzags sagitales de la mano derecha con el egocípeto de la izquierda en una personalidad de tipo coartado. Nótese la blandura de la gráfica de la mano izquierda y la enorme compresión de la de la derecha.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

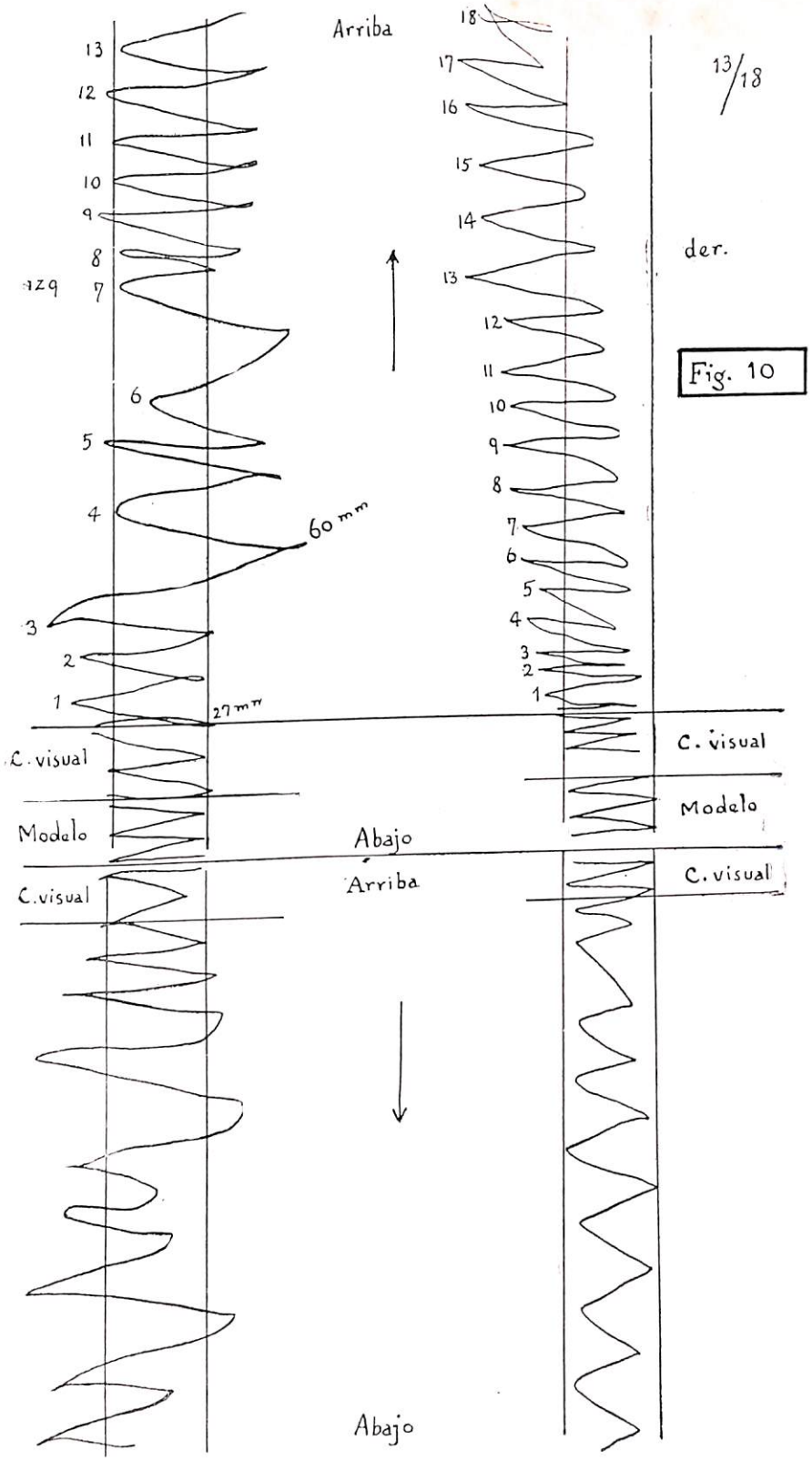


Fig. 10. Mano "explosiva" (izquierda) de un epiléptico (plano vertical) con estados crepusculares de intensa violencia, actualmente sometido a doble tratamiento de luminal y epanutina. Nótese que a pesar de la violencia del movimiento este resulta fluído y sin las inversiones que son propias del tipo esquizofrénico.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

FOBIA SEXUAL FEMENINA Y MATRIMONIO

Por **NERIO ROJAS**

I. LA IMPOTENCIA SEXUAL FEMENINA

Impotencia sexual es el estado patológico que comporta la incapacidad para realizar el contacto carnal o coito. Cuando se habla de ella se piensa por lo general en tal proceso en el hombre, que es mucho más frecuente y a cuyo estudio yo he dedicado varios de mis trabajos, de los cuales no he de ocuparme en esta ocasión. En cambio hablaré de una forma particular e interesante de impotencia sexual femenina: la fobia sexual que impide el acto copulatorio y que puede denominarse coitofobia.

La situación del hombre y la mujer en el acto sexual es francamente diversa y en parte contradictoria, diferencias múltiples que provienen de la respectiva anatomía, fisiología y psicología en el trance erótico y que han tenido el pertinente análisis en la obra profusa de la moderna sexología. Dejando de lado otros aspectos, destacaré tan sólo dos. Uno es la relativa pasividad de la mujer en ese acto, que puede consumarse aun sin esfuerzo de su parte, con su simple "entrega" o docilidad. El otro es su realización posible, a pesar de tratarse de una mujer permanentemente frígida, sin ningún deseo sexual. La ausencia de líbido sexual, de estímulo instintivo, no impide por sí sola el coito en la mujer; ella comporta, en cambio, la impotencia en el hombre.

Esta y otras razones diferencian los trastornos según el sexo y hacen inaplicables a la mujer las clasificaciones de la impotencia del hombre. Entre las propuestas para el sexo femenino, me parece buena la de MAX HÜHNER, que divide las impotencias de la mujer en dos tipos: 1° obstructiva, producida por impedimento anatómico vulvar o vaginal, como deformidad, infantilismo, aplasia, cicatriz, etc., causa permanente, orgánica, que imposibilita la penetración del miembro masculino; 2° neurótica, producida por un impedimento espasmódico local, que cierra la vagina en cada tentati-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

va y cuyo tipo es el llamado vaginismo. Afin con esta última forma, hay una tercera, sin impedimento físico local, por causa psíquica, en forma de fobia con crisis ansiosa en cada oportunidad, en cuyo caso también la cópula se torna imposible. Desde el punto de vista práctico y sobre todo médico-legal, este tercer tipo, que no figura en la clasificación de HÜHNER implica una verdadera impotencia pues el coito no puede realizarse, malgrado las más heterogéneas y repetidas tentativas durante largo tiempo, a veces varios años, sin modificación.

Esta afirmación en el sentido de una impotencia de causa psiquica en la mujer, puede parecer contradictoria de la opinión que defiendo desde 1923 y según la cual sostengo que en el hombre no hay verdadera "impotencia psíquica", grupo artificial que he desmembrado en lo que denomino "impotencia fisiopática" y en "seudoimpotencia". Pero si creo que una causa exclusivamente psíquica es incapaz de producir una real impotencia masculina, pues para ésta se requiere siempre una base física, no creo lo mismo tratándose de la mujer.

En ésta, el factor psíquico patológico es apto para traer tal situación. Y ello se explica por las diferencias de la psicofisiología del acto sexual en uno y otro sexo. Los elementos psicológicos actúan de diverso modo. Y con razón, el psicólogo y psicoanalista HESNARD dice en el último de sus libros: "si el mecanismo psicofisiológico del automatismo genital es más complejo, por consiguiente más frágil, en el hombre, en cambio, el mecanismo psíquico del hambre erótica, del deseo y de la impulsión aloerótica, es más delicado y sensible en la mujer".

La forma más característica de esta imposibilidad de causa psíquica en la mujer es la producida por la fobia sexual para el coito, o sea la "coitofobia". Ella consiste en el terror ansioso, exagerado, injustificado, de practicar la cópula, cuya tentativa o su iniciación por el hombre desencadena una crisis, a veces con gritos, negativa absoluta y fuga del lecho conyugal. Esto es más común en mujeres casadas, pues muchas de estas desequilibradas prefieren permanecer solteras y vírgenes y por consiguiente su obsesión no tiene oportunidad para exteriorizarse. Queda, entonces, reducida a un fenómeno subjetivo de escrúpulos sexuales.

II. LA COITOFOBIA

La expresión "coitofobia" me parece correcta y certera. Su

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sentido etimológico corresponde a la realidad clínica. El médico legista brasileño VEIGA DE CARVALHO ha empleado esta palabra y ha descrito como "una forma de coitofobia masculina" el caso de Don Galaaz, el indómito caballero, y otros de su experiencia, en los cuales la fobia del coito provenía del temor de sus efectos debilitantes. Aplicada a la mujer, ella es usada por ANDRE BINET, quien habla de "coitophobie" cuando aquélla rechaza la cópula por temor de sufrir de nuevo dolores ya experimentados, como en los casos de la llamada dispareunia.

Una fobia de este carácter y de tantas consecuencias morales no aparece, sin embargo, bien diferenciada en los autores de ginecología, psicopatología y medicina legal, y muchos de ellos ni siquiera la mencionan. Intentaré aclarar algunos puntos de esta curiosa y grave anormalidad, ilustrándolos con algunos ejemplos de casos demostrativos.

Como se sabe, toda fobia no es sino una forma de obsesión, caracterizada por el rico contenido emocional, ansioso, de un miedo difuso o concreto, parasitario, ilógico, en pugna con la voluntad del enfermo. A esa misma categoría pertenece el trastorno sexual que comento. Pero, además, éste debe ser ubicado en un tipo dentro de una clasificación de las fobias. Para este fin no resulta adecuada ni la clasificación de FREUD, un poco simplista y superficial con sus tres tipos (fobias traumáticas, comunes y de ocasión), ni la de REGIS también con tres tipos (fobias de objetos, de lugares y enfermedades y las de seres vivos). En cambio, resulta mejor la clasificación de PIERRE JANET, que en su enjundiosa obra las divide en cuatro tipos: fobias del cuerpo o algias, las de objetos exteriores, las de una situación o circunstancias especiales y las de ideas determinadas. La fobia de la cópula puede ubicarse en el primer tipo, dentro de un grupo que JANET llama "fobia de las funciones corporales", como las de digestión, de defecación, de la palabra. Pero siendo el contacto sexual una función particular, cuya realización requiere la participación de otra persona, el acto es mucho más complejo, por lo cual el trastorno concomitante se desplaza hacia la tercera forma o fobia de situación especial. Este aspecto necesaria y rudimentariamente social del acto fisiológico de la pareja erótica, está lleno de un complejo contenido psicológico, que no ha escapado al análisis de alienistas y sexólogos y sobre todo de los psicoanalistas en sus diversas escuelas.

Pero debo hacer una más penetrante aclaración semiológica.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

BIBLIOTECA ENRIQUE ENCINAS HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

La coitofobia necesita una delimitación y una etiopatogenia. En ese sentido, reputo indispensable diferenciarla de estados con los cuales puede confundirse, como sucede con el vaginismo, la frigidez y la dispareunia. Tal discriminación, práctica y científicamente ventajosa, está olvidada o confusa en los trabajos sobre el asunto.

a) El término de **vaginismo** fué creado en 1862 por MARION SIMS. Este trastorno es así definido por Faure y Siredey: "El vaginismo (sería más exacto decir vulvo-vaginismo) es una contractura espasmódica dolorosa del conducto vulvovaginal, producida por una hiperestesia especial de los órganos genitales". Lo que caracteriza este estado es la hipersensibilidad vulvovaginal y la contractura que cierra la entrada genital. La primera, verdadera hiperalgesia, pues hay un dolor exagerado, obedece a lesiones locales : fisuras, erosiones, vulvovaginitis, desfloración muy violenta o incompleta con traumatismos repetidos e inflamación secundaria, procesos inflamatorios de útero, anexos o uretra, desproporción marcada del órgano masculino. La segunda, o la contractura, es un reflejo espasmódico del músculo constrictor de la vulva y del elevador del ano, espasmo, a veces verdadera tetanización, producida al iniciar el contacto, aun para un simple examen médico, por lo cual en sus formas más graves, el acceso carnal es imposible. Pero en todos los casos, es factor fundamental el desequilibrio neuropsicopático constitucional.

El ginecólogo alemán STOECKEL hace la diferencia entre lo que llama "vaginismo secundario", de origen traumático del coito, inflamatorio, y el "vaginismo primario, idiopático (vaginismus verus)", de causa neuropsíquica.

En relación con el problema que estudiamos y en su proyección médicolegal, conviene recordar que el vaginismo puede ser total e impedir la cópula, ser intermitente y permitirla en ocasiones aunque con dificultad, o provocar el fenómeno dramático y grotesco del llamado "pene cautivo", o desaparecer con el nuevo amante o marido, como en el caso de la divorciada descrito por Fritsch. Porque tal vez esta reacción sea en ciertos casos una manera anártrica y rotunda de decir "no" a determinado hombre.

Tal situación se reproduce en cada tentativa, el fracaso deprime, el dolor intimida cada vez más a la mujer, que termina a veces por tener horror del acto sexual—que en ocasiones practica—y llega a rechazarlo en absoluto, convirtiéndose la situación en un estado fóbico secundario. La coitofobia aquí es sobreviniente y sinto-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

mática. Las causas primitivas del vaginismo son las que ya he mencionado; a veces, hay frigidez, pero en otras, los deseos persisten, a pesar de la negativa. Todos o la mayoría de los psiquiatras y ginecólogos hemos tenido ocasión de ver algún caso de vaginismo con o sin coitofobia completa.

b) La **frigidez** es la falta de estímulo o deseo sexual y de orgasmo de placer. Algunos autores hacen la diferencia entre la ausencia de atracción o deseo y la ausencia de sensación voluptuosa completa en el acto normal. Entre nosotros, el Dr. SIRLIN, en un libro reciente donde para los trastornos masculinos sigue mi criterio y mi clasificación, adopta esa diferencia y propone el nombre de "apareunia" a la "falta del orgasmo final en la mujer".

No entraré en muchos detalles sobre este asunto. Sólo diré que mi experiencia neuropsiquiátrica me demuestra la gran frecuencia de la frigidez femenina, tanto en la falta de deseos como en la del orgasmo voluptuoso a pesar de persistir aquellos. Extendería demasiado este trabajo, analizar las causas de una y otra forma de insuficiencia sexual de la mujer (hipoovaria y otras disendocrineas, infantilismo, dolores, defectos de tamaño o implantación del clítoris, fijaciones por vicio de masturbación, inhibiciones psicógenas por complejos diversos, por escrúpulos, temor de enfermedad o de embarazo; coito interrumpido, inexperiencia o egoísmo del hombre, etc).

Con todo, recordaré los trastornos ansiosos a veces graves provocados por la cópula insatisfecha, consecuencia que la clínica nos evidencia a menudo y que no ha escapado a la penetración de FREUD. Recordaré también que la frigidez propiamente dicha y la falta de placer han sido comprobadas como frecuentes en mujeres de todos los países: 30% según algunos ginecólogos; 1 cada 14 mujeres, según HAVELOCK ELLIS; ADLER da 33%; CAMPBELL da hasta 75%. El fenómeno ha sido encontrado también, pero en menos proporción, aun en mujeres profesionales, y entre nosotros hay un trabajo donde se da una proporción de 6% en las prostitutas.

De todo esto, lo que hoy nos interesa es retener que esta situación sexual suele traer complicaciones psiconeuropáticas. Si algunas mujeres se adaptan moral y físicamente a esa situación y muchas de ellas la disimulan con habilidad, otras sufren trastornos nerviosos, cuya descripción dejaré de lado y que toman las formas

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

más diversas. He visto desde la simple ansiedad difusa hasta la falsa cistitis y desde la crisis de angustia con impulsividad hasta los episodios ansioso-delirantes. En tales complicaciones, creo que tan fundamental como la causa sexual concreta, es el factor anterior, entonces agravado, de un desequilibrio constitucional casi siempre hiperemotivo.

Por poco que a ese proceso se agreguen la ansiedad, los escrúpulos sexuales, temores diversos, dolores, antipatía personal, la cópula se hace desagradable y termina por convertirse en un castigo conyugal que causa disgusto y hasta repugnancia. Un paso más y por ese camino llegamos a la verdadera "coitofobia".

Entre nosotros, los Drs. GUITARTE y MELGAR han dedicado un artículo a estos estados de insatisfacción femenina, destacando el valor causal de la "ineptitud conyugal masculina", insatisfacción capaz de llevar a la fobia del acto sexual. Reproducen allí una estadística de WEISENBERG sobre 550 mujeres rusas, de las cuales sólo el 44% sentían placer, mientras la cohabitación era "repugnante" en el 22%.

c) Un fenómeno distinto es el de la **dispareunia,** la cual consiste en una dificultad para el acceso carnal por el dolor de la mujer en los órganos genitales al practicar el acto. No debe ser confundida con los dos estados anteriores, con los cuales suele coexistir. Este consiste esencialmente en "los dolores provocados por el coito" (STOECKEL). La dispareunia es una dificultad y "no se revela de una manera acentuada más que bajo la influencia del dolor que provoca el traumatismo local, mientras que en el vaginismo el espasmo es absolutamente contemporáneo de la hiperestesia y detiene toda tentativa antes de que se haya tenido un comienzo de ejecución" (FAURE y SIDEREY). Este elemento característico, el dolor, lo distingue de la frigidez.

En tales casos, la causa consiste en lesiones o malformaciones locales de vulva o vagina, ulceraciones de cuello, anexitis, varicocele pelviano, etc. Como consecuencia del dolor, a veces la cópula no alcanza a producir el placer buscado, normal, la mujer suele llegar a temerla y hasta a sentir por ella repulsión. El temor del acto es, en ocasiones, verdaderamente fóbico.

A pesar de las posibles causas orgánicas, no hay que descuidar las causas psíquicas. He visto un interesante caso de una señora, ya fallecida, disparéunica en casi toda su larga vida conyugal, que se amparaba en ella para rechazar el coito, el cual no le

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

producía ningún placer ni lo deseaba, refugiándose además en un estado hipocondríaco, que llevó sin éxito a una intervención uterina y otra abdominal. Lo interesante es que esta enferma con los años curó de su frigidez y de su dispareunia, y llegó mucho después de su menopausia a una verdadera ninfomanía, que al coincidir con el envejecimiento del esposo, le permitió una revancha inconsciente que satisfacía su dominio conyugal y erótico, superando así el anterior sentimiento de inferioridad. Sería una forma de la rebelión que ADLER estudió en lo femenino con el nombre de "protesta viril" en la mujer y que BAUDOIN llamó el "complejo de Diana", con el nombre de la diosa cazadora y varonil que no quiso tener esposo.

d) Como se ve, el vaginismo, la frigidez y la dispareunia son tres trastornos distintos, aunque unos y otros pueden presentarse en la misma persona. Pero lo interesante es que los tres pueden traer como complicación la fobia del coito: el vaginismo por la hipertestesia y el espasmo, la frigidez por el desagrado de la insatisfacción con o sin deseo, la dispareunia por el dolor. En cambio, en otros casos, la **coitofobia** aparece en forma pura y en ausencia de aquellas causas orgánicas, como lo he comprobado en casos que en seguida referiré.

Hay, pues, dos tipos de este trastorno. Una **coitofobia verdadera,** psíquica, primitiva, anterior a toda vida sexual activa, y otra, sintomática, secundaria a una causa física de lesión, dolor o espasmo y aparecida como consecuencia de una experiencia sexual fracasada o desagradable. Esta diferencia etiológica y cronológica tiene importancia clínica y terapéutica. La coitofobia pura se acompaña por lo general de deseo sexual conservado y el orgasmo suele provocarse con la masturbación o con contactos incompletos o contra natura o se abandona toda relación carnal.

La fobia es explicada por la enferma en diversas formas: es el terror de una desgarradura mortal, de una grave hemorragia, de un dolor insoportable, de una imposibilidad de penetración, de la producción de algo grave pero indefinido, etc., y la enferma se niega rotundamente.

III. MEDICINA LEGAL

Esclarecidos, siquiera sea rápidamente, esos puntos nosológicos, veamos ahora la situación y los casos médicolegales de tan curiosa anormalidad. Me referiré tan sólo a la coitofobia psicógena

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Desde luego, el problema médico-forense es planteado en casos de matrimonio, que no han podido consumarse materialmente por esa causa y cuya anulación busca el cónyuge sano. El artículo aplicable de nuestra ley de matrimonio civil es el que autoriza la anulación en caso de impotencia "absoluta, manifiesta y anterior al matrimonio". La coitofobia pura, psíquica, si ha impedido el acceso sexual, cae bajo las condiciones de ese artículo 85, inciso 4°. En la misma situación puede estar la sintomática de un vaginismo completo, hermético. No está en ese caso, la fobia sintomática de la frigidez o la dispareunia, si el coito fué posible.

Excepcionalmente, algún autor de medicina legal trata de este trastorno. Así HABERDA, de Viena, dice, aunque relacionando estos hechos con el vaginismo, lo que no siempre es exacto : "En otros casos estriban los espasmos no sobre alteraciones locales, sino sobre base psíquica, sobre demasiado temor y sensibilidad y sobre una especial disposición nerviosa, de modo que el terror ante el dolor de la desfloración —es decir, procesos psíquicos— provocan el espasmo". Y agrega más adelante : "la frialdad sexual de la mujer y su ausente sensación de voluptuosidad, no darían motivo para pedir la invalidez del matrimonio. Sólo la impotencia psíquica de la mujer, a base de estados psicopáticos, con constante negativa al coito, hace anulable el matrimonio."

Veamos ahora la síntesis de un caso judicial en el cual fuí perito con la Dra. MARIA FAULIN. Solo destacaré los aspectos relacionados con la fobia, dejando de lado otros, como el alcoholismo y la demencia en que terminó la enferma.

De nuestro informe sacamos los siguientes párrafos:

"A partir del matrimonio, su situación cambia. Desde el primer día le ha sido imposible realizar el contacto sexual, o sea la consumación física del matrimonio. A partir de ese primer instante hasta que decide el esposo la separación, todas las tentativas han sido inútiles; los fracasos se han reproducido siempre en la misma forma. Cuando el acto estaba a punto de iniciarse y a veces antes de eso, la señora sufría un acceso de ansiedad, en ocasiones con gritos, y se alejaba y resistía violentamente, obedeciendo a una razón psíquica patológica, una fobia, consistente en el temor de morir por efecto del traumatismo del coito o del dolor o de una hemorragia o un grave desgarro interno, pues, según explicaba, le parecía anatómicamente imposible que ese accidente no se produjera. Alguna vez, en sus referencias de este fenómeno, resultaba su actitud vagamente coloreada de escrúpulo religioso, pero ello fué siempre impreciso e inconstante. Lo prevalente y por lo común exclusivo, era un terror ansioso por un peligro físico mortal.

Este estado fóbico— que podemos denominar coitofobia—ha sido continuo,

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ha resultado inevitable y le ha impedido la consumación del coito normal. Los cónyuges en tales condiciones se resignaron a actos incompletos, y como ella, fuera de ese momento, comprendía lo absurdo de su actitud, intentaron la cópula en forma tan inusitada como la de atarla de manos y cuerpo en la cama, para inmovilizarla, pero ese procedimiento de verdadera violación consentida, tampoco tuvo éxito, por la ansiedad y los gritos de la esposa. Ella ha referido, que a menudo bebía en exceso para ver si así adquiría el coraje para vencer su temor, pero eso también fracasó. Así pasaron los años, entre las promesas de enmienda de la esposa, la ilusión crédula del marido, la resignación a los actos incompletos y las numerosas interrupciones por las internaciones de aquélla en Asilos y Sanatorios, con cuyo tratamiento renacía en ambos y cada vez la esperanza en una nueva situación conyugal. El examen físico nos permitió comprobar su normalidad anatómica y la integridad del himen.

La sentencia que anuló el matrimonio, decía entre otras cosas "Esta impotencia—siguen diciendo los peritos mencionados—es "absoluta" respecto del esposo, en toda su vida marital y aún respecto de todos los hombres, pues su fobia se refiere al acto y no a la persona. Desde el primer día de casados no ha sido posible realizar el contacto sexual, o sea la consumación física del matrimonio."—"Para los peritos médicos y para el infrascripto la impotencia de la demandada es **"manifiesta"**, por su virginidad persistente a pesar de su deseo sexual y de las tentativas conyugales que tuvieron formas inusitadas como la de atar a la señora de manos y cuerpo a la cama para inmovilizarla." "Según los expertos, la impotencia sexual de la demandada obedece a causas psíquicas **anteriores al matrimonio,** que ya le dieron de soltera trastornos semejantes; existía ya antes, pues se manifestó desde la primer tentativa y sólo halló en el matrimonio la ocasión para exteriorizarse. De todo lo expuesto resulta que la acción debe prosperar ya que la señora sufre de impotencia psíquica (fobia del coito) absoluta y manifiesta, anterior al matrimonio."

Posteriormente, en otro caso, la justicia de la Capital si bien no lo aceptó como "impotencia", ha anulado otro matrimonio, que tampoco había llegado a materializarse en concúbito, pues una "fobia sexual" de la esposa se lo había impedido: ella mantenía su virginidad, se negó siempre a la cópula por "su horror a la maternidad y a la aproximación sexual", era una abúlica, desequilibrada constitucional, que había deseado de novia romper su compromiso debido a aquella razón.

Casos de esta fobia son conocidos. Yo he podido estudiar varios y sobre uno de ellos fuí consultado por el distinguido Profesor PERALTA RAMOS. Muchos quedan en el secreto del matrimonio o del consultorio médico o del confesonario o de la familia y algunos van a los Tribunales llevando su terrible verdad para la anulación o dando otras razones reales o simuladas para un divorcio.

La bibliografía no ha acogido mucho a este tipo de fobia, que naturalmente no es muy frecuente. Y así JANET y RAYMOND en

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

su ya citada obra, donde presentan 236 casos de obsesiones, sólo citan uno de cierta casada fóbica con "terror de relaciones genitales". Algunas veces, la mujer que sospecha o comprende su situación, elude el noviazgo o rompe el compromiso sin dar razón o dando pretextos que nadie entiende o ella misma no se comprende, llena de dudas. Estas rupturas arbitrarias—de las cuales he visto varias francamente psicasténicas—tienen a veces aquella causa consciente o no.

IV. CONSIDERACIONES PSICOANALITICAS

La índole del asunto aquí tratado y las aisladas referencias de páginas anteriores, hacen ineludible exponer ahora algunas disquisiciones psicoanalíticas. No hacerlo sería una injusta omisión, ya que el psicoanálisis, a pesar de sus excesos y deformaciones, ha tenido el coraje y la virtud de llevar una nueva luz científica a un campo antes reservado tan sólo a la pornografía.

Ciertos aspectos genéticos de la coitofobia parecen esclarecerse con la doctrina de FREUD y sus discípulos. Es de todos conocida la importancia dada por el maestro de Viena a los conflictos entre la "líbido" y la "censura", cuya forma es la "represión" de ciertas tendencias de placer y cuya falta de sublimación, o de dominio completo, o la satisfacción insuficiente, produce "complejos" inconscientes capaces de traer múltiples desequilibrios neuropsíquicos. El ha descrito así un juego dinámico de evolución de la líbido, de tendencias incestuosas, de choques sexuales infantiles, de complejos mal reprimidos, de policía moral del super-yo, conjunto psicológico complejo, cuya desarmonía produce la neurosis o la psicosis. Con ese mismo mecanismo explica la producción de la ansiedad, las por él llamadas "neurosis de angustia", las fobias, "la histeria de angustia". Sin estudiar directamente la fobia del coito, numerosas de sus explicaciones son aplicables a este trastorno. Basta leer sus obras para comprobarlo y en especial su "Introducción" y su "Totem y Tabú". Vaya como ejemplo este concepto : "En las fobias se distinguen netamente dos fases del proceso neurótico. La primera es la de represión de la líbido y su transformación en angustia, la cual está ligada a un peligro exterior. Durante la segunda fase son establecidas todas las precauciones y seguridades destinadas a impedir el contacto con ese peligro que es tratado como un hecho exterior. La represión corresponde a una tendencia de fuga del yo ante la líbido, sentida como un peligro. La fobia puede ser consi-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

derada como un atrincheramiento contra el peligro exterior que reemplaza entonces a la líbido temida".

En cuanto a ADLER y su escuela y tratándose de una fobia sexual femenina, es pertinente recordar toda la base de su psicología individual, cuyo fundamento doctrinario consiste en el sentimiento de inferioridad, que desde la infancia en la mujer, por razones anatómicas y sociales, tiene manifestaciones activas diversas, bajo forma de ideas de protesta, de mutilación, de "mujer víctima", de identificación, de compensación repudiando al hombre.

Cuando se trata de otras fobias, su génesis sexual puede discutirse y no siempre ha de aceptarse la interpretación de la simbólica o los disfraces del freudismo. Pero cuando se trata de una fobia del coito, su color y su manifestación son tan definidamente sexuales, que imponen similar interpretación a su psicogénesis.

En esta fobia lo que está perturbado es el proceso final y realizador del impulso aloerótico, aunque todo el resto suela estar conservado. En el proceso evolutivo de la líbido sexual, un factor de choque o de educación u otro, ha fijado o desviado o inhibido aquella tendencia fisiológica, creando la negativa ansiosa y terrorífica respecto de ese acto. Factores constitucionales o adquiridos han acentuado hasta lo morboso la "censura" de lo sexual, que en menor grado es fisiológica para Freud. Han trabajado en tales casos en forma patológica todas esas fuerzas psíquicas que el psicoanalista francés HESNARD ha llamado "la contrasexualidad".

Este autor ha estudiado, con conceptos freudianos, adlerianos y propios, las influencias de esa contrasexualidad desde la infancia en ambos sexos, destacando en la mujer diversos puntos: sentimiento de feminidad, de "celo infantil respecto del varón", "sentimiento de falta sexual", angustia de castración, de abandono y traición, prohibición del incesto, "concepto de violencia" sobre la cópula, etc. Ese conjunto de causas actúan a veces en forma patológica y llegan a inhibir el deseo o el acto en la mujer. Y HESNARD ha estudiado ese proceso en la frigidez femenina, destacando las causas que según sus palabras pueden "explicar los temores que justifican o materializan la repugnancia aloerótica en la mujer" y que son: "la preocupación incestuosa" de origen infantil, "el terror del abandono", "el miedo del órgano genital masculino", "el miedo del embarazo", si bien estas causas no son "necesarias ni suficientes". Lo que este autor dice sobre la contrasexualidad y la frigidez en la mujer se aplica cabalmente a la coitofobia, aunque él no hable de este proceso anormal.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Otros factores intervienen desde la infancia. Uno de ellos puede ser la exageración de prejuicios religiosos en la educación, con su corolario de escrúpulos sexuales morbosos causa que sin duda intervino en uno de los casos que he asistido. A menudo, hay que buscar las raíces psicoanalíticas en la fijación o el temor incestuoso de la niñez, ya se trate del conocido "complejo de Electra" o de substitución del padre por el hermano, como era evidente en otro de mis casos. Muchas veces, el origen está en el choque infantil al sorprender, espiar u oir el contacto sexual de los padres, produciendo terror por lo que se ha llamado "el concepto sádico del coito". "La idea de que el coito es un acto de crueldad y de brutalidad se encuentra en todos los niños que llegan a hablar de eso", ha dicho la psiconalista Sra. MORGENSTERN (citada por Baudoin). En ocasiones se trata de una pura "repugnancia" moral y física del contacto sexual, sin otra explicación consciente de la enferma—como lo ví en alguna de mis pacientes, casada y virgen dos años después—pero eso tiene en el inconsciente raíces más profundas y distantes, que consisten en traumatismos emotivos sexuales de la infancia, en escrúpulos inhibidores en relación con complejos de falta o mutilación o de incesto, etc. Ese "asco sexual" puede provenir según HESNARD, de errores anatómicos de la infancia que fijaron la confusión entre el sexo y la defecación, estado ambivalente que por otra parte, hay que relacionar con las metamorfosis del amor en odio, del deseo en repulsión, y que FREUD también ha estudiado como "transformación en lo contrario" dentro de lo que él ha llamado "metapsicología".

En la misma situación están otras explicaciones, que no deben ser sino "fachadas" o disfraces de motivos inconscientes. Es común que la mujer invoque "repulsión moral por el acto", "antipatía por el esposo", y sobre todo el terror del dolor o de una hemorragia mortal, pero eso no es sino lo consciente, confesado y confesable. Y prueba de ello es el fracaso que contra esta fobia tienen las desfloraciones quirúrgicas, las dilataciones progresivas, las tentativas sexuales con otros hombres, procedimientos a que uno ve recurrir sin ningún éxito.

Por debajo de todo esto, estarían siempre, con su terrible tenacidad, los oscuros "complejos" surgidos desde la infancia con los dinámicos conflictos de la líbido en evolución. Esos complejos son numerosos y ya he mencionadolos de Electra, de castración, de incesto, de falta, de inferioridad, de Diana, etc. Ellos pueden sin du-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

da fusionarse, reforzándose en un caso dado, o actuar por separado o predominar uno u otro en otras enfermas, o no ser tal vez sino apariencias doctrinariamente diferentes, pero de raíces comunes y ontológicamente similares. Pues como atinadamente hace notar BAUDOIN, "el estudio de los complejos como tales debe convertirse en el objeto central del psicoanálisis. La cuestión de saber cuál componente del complejo es el más fundamental es un asunto secundario, y, sin embargo, las rivalidades de escuelas se basan sobre todo en esta cuestión".

Los casos de esta fobia dramática y curiosa estudiados por la clínica y resueltos por la medicina legal, han tenido su paradigma, si ha de creerse a ciertos historiadores, en esa gran Reina Isabel de Inglaterra, que fué epónima de una época de su país y que aún en su sexualidad fué un ser excepcional, personaje desconcertante a quien un dramaturgo francés actual ha llamado "la mujer sin hombres". Así son estas pobres enfermas con su terrible conflicto conyugal; mujer con marido, pero sin hombres; con deseos, pero sin amor. Ellas se detienen horrorizadas en el momento decisivo, sin poder alcanzar el epílogo que es culminación en las palabras del poeta latino: "visus, auditus, olfatus, osculum, concubitus".

Yo no ignoro que el psicoanálisis ha incurrido en grandes exageraciones y errores, pero para aceptar su valor no hay necesidad de ser ortodoxo, actitud siempre peligrosa en ciencia y rara vez justificada. Pero no quiero terminar sin hacer dos reflexiones. La psicoterapia en general y el psiconálisis en especial son recursos útiles, pero a menudo contraproducentes, cuando se carece de técnica y tino para usarlos. En ocasiones, aplicándolos sin conocimientos previos, sobre todo en trastornos como éste que hoy hemos comentado, el médico corre el riesgo de justificar la comparación de STOECKEL con "el toro en una tienda de porcelana", por los perjuicios posibles. La otra consideración es ya más general. El psicoanálisis y la sexología moderna están penetrando a fondo en los enigmas del instinto y del amor. No sabemos si la ciencia en este asunto imantado y abismático llegará algún día a darnos el prodigio de su total revelación. Pero si el hombre actual, como un moderno Epimeteo, quiere abrir esta otra caja de Pandora, es de desear que esta vez, junto con la esperanza, le quede todavía un poco de misterio y de secreto en el amor, para poesía y estímulo de su vida.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

BIBLIOGRAFIA

ALFRED ADLER : **Le tempérament nerveux** (Trad. francesa), Paris, 1926.—CHARLES BAUDOUIN : **L'ame enfantine et la Psychanalyse,** Neuchatel (Suiza), 1931.—J. BERETERVIDE y S. ROSENBLAT : **Glándulas endócrinas y prostitución,** Buenos Aires, 1935.—ANDRE BINET : **La Vie Sexuelle de la Femme,** Paris, 1932.—FAURE y SIREDEY : **Tratado de Ginecología** (Trad. española), Madrid, 1926. — FREUD : **Revue Neurologique,** Janvier, 1895. — FREUD : **Introduction a la Psychanalyse** (Trad. Jankelevitch).—Paris, 1929.—FREUD : **Psicología de las masas y Análisis del yo. Metapsicología. El Yo y el Ello** (Trad. española), Madrid, 1924.— GUITARTE y MELGAR : **La Semana Médica,** Febrero 10 de 1938.— HABERDA-HOFMANN y WAGNER v. JAUREGG : **Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin,** 1923.—A. HESNARD : **Traité de Sexologie Normale et Pathologique,** Paris, 1933.— MAX HÜHNER : **Perturbaciones de la función sexual en el hombre y en la mujer,** Filadelfia, 1920.— PIERRE JANET : **Les obsessions et la Psychasthenie,** Paris, 1903.—REGIS : **Précis de Psychiatrie,** Paris, 1923.—LAZARO SIRLIN : **Trastornos funcionales del sexo,** La Plata, 1939.— STOECKEL : **Tratado de Ginecología** (Trad. española), Madrid, 1933.— VEIGA DE CARVALHO : "O Symbolo de Don Galaaz", **Rev. de Neurologia e Psychiatria de Sao Paulo,** T. II, N° 1, 1936.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

PERTURBACIONES PSIQUICAS EN LA ENFERMEDAD DE LA ALTURA (Mal de montañas crónico)

Por **CARLOS MONGE M.**

Las perturbaciones psíquicas producidas por la anoxemia de las grandes alturas son perfectamente conocidas desde la ascensión en globo de TISSANDIER. Sobre ellas se encuentran referencias en las relaciones de SAUSSURE, y entre nosotros, en las descripciones de los historiadores de la Colonia, al referirse a los trastornos que experimentaron los Conquistadores en las alturas habitadas del Perú. Más recientemente las expediciones al Himalaya, particularmente, la de HIGNSTON al Monte Everest, están llenas de informaciones interesantes.

En la excelente revista de conjunto de MAC FARLAND (1) sobre estudios psico-fisiológicos en las grandes alturas de los Andes se encuentra la historia detallada del déficit mental que la anoxemia ocasionada, por la ascensión en ferrocarril o en aeroplano, o la producida en cámaras neumáticas, a reducidas presiones barométricas, produce en el organismo humano. A ella referimos al lector interesado en este asunto. Recordemos únicamente que BARCROFT (2) da cuenta de haberse detenido la experiencia en la que él se encontraba como sujeto, después de 6 días de permanencia en una cámara con una presión correspondiente a 6000 mt. de altitud, por las respuestas incoherentes que daba y de las que no guardó recuerdo alguno al terminarse la experimentación. Recordaremos también que cuando el profesor BARCROFT afirmaba que la altura condiciona un déficit mental que hace al hombre del Altiplano inferior al hombre de la Costa, en realidad generalizaba indebidamente un síntoma del Mal de Montaña, del que él y sus asociados sufrieron sin darse cuenta en Cerro de Pasco. En realidad, como lo demostramos desde 1928 (3), se encontraban atacados de Enfermedad de los Andes o Mal de Montañas crónico de forma sub-aguda, en la que dicho déficit psíquico constituye una de las características sintomatológicas más importantes.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Esta afirmación nuestra ha sido debidamente recogida en los trabajos de MAC FARLAND de los que extractamos lo siguiente: "En el Mal de Montañas crónico, MONGE asegura que las perturbaciones mentales son características, especialmente en los casos más avanzados. Toda la personalidad psíquica está alterada con desviaciones marcadas de la conducta, fallas de la memoria y del juicio. Uno de los pacientes de MONGE, presentaba crisis de confusión mental durante las cuales cometía groseros errores, corregidos más tarde cuando ésta terminaba. Conforme la enfermedad avanza, el paciente se vuelve apático e indiferente a todo lo que le rodea; nada le interesa y aún sabiendo que el descenso a nivel del mar va a curarlo, no toma la iniciativa de emprender el viaje de regreso. Los cambios psicológicos en aquellos pacientes cuando son llevados al nivel del mar son perfectamente semejantes a la respuesta de los casos de enfermos cardiacos o enfisematosos por la acción de la terapia oxigenante, como ha sido descrito par BARRACH. (4)

En la presente comunicación queremos insistir sobre las perturbaciones psicológicas que con mucha frecuencia constituyen trastornos de una gran gravedad en las Eritremias de la Altura. Haremos un resumen de observaciones anteriores y expondremos un nuevo caso en que éstas han llegado a ocasionar un cuadro mental de suma seriedad, con ideas suicidas, todo lo cual ha desaparecido al trasladarse el paciente al nivel del mar.

Observación Nº 1.—I. S., Cerro de Pasco: 4.300 mt. Diagnóstico: Eritremia de la Altura. "Durante el año de 1910 dormía muy poco. En este estado y trabajando de 7 a 10 a.m. pude notar a esta hora que mi trabajo estaba completamente equivocado, comprobando al recobrar mi lucidez los errores que había cometido. Había trabajado inconscientemente". Estos trastornos no se presentaron a nivel del mar. El paciente se encuentra en la actualidad, después de 15 años, durante los cuales ha trabajado a alturas más moderadas, en perfecto estado de salud. Habiendo intentado trabajar hace 2 años en Morococha (4,500 mt.), ni su capacidad mental ni su rendimiento físico se lo permitieron y hubo de bajar muy pronto a nivel del mar.

Observación Nº 2. * — L. D. Diagnóstico: Eritremia de la Altura. Este paciente curado a nivel del mar, regresa con nosotros a 3.700 mt. de altitud y permanece en Morococha (4500 mt.); "Al día siguiente amanece en regulares condiciones, todavía con cierta pereza física y capacidad mental restringida queda inapetente. Sin embargo nos ayuda en la preparación del Laboratorio.

---

* Publicado **in extenso** en "La Enfermedad de los Andes": **Anales de la Facultad de Ciencias Médicas,** 1928, y en Les Erithrémies de l'Altitude. Paris Masson et. Cie 1929.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Abril 12, 1927.—Sangre: Hematies : 7,360,000 por mm3.
Leucocitos : 10,100 „ „
pH: 7, 45

Orina: Vol: 140 cc.—NH3 : 0,42.—Acidez: 0,25.—pH: 5.6

Presenta una poliglobulia manifiesta que tardó en elevarse y sólo es apreciable a las 24 horas de llegada a la Sierra. También se observa, con toda evidencia, una onda de alcalinidad que se expresa en la acidez de titulación, en el NH3 y en el pH.

Su tensión arterial que en Lima, repetidamente tomada, era de: Max: 110; T. Min: 75, permanece invariable.

Sin embargo, durante algunos meses la Eritremia descrita le permite cierta adaptación. Una noche, se despierta con vivos dolores a las pantorrillas que siente "agarrotadas". Su aspecto es "iluminado", al despertar, eritrósico, se queja todavía de los dolores de la noche, acusa ligera dificultad en la visión, los objetos se presentan un tanto borrosos y tiene marcada congestión de los capilares de las conjuntivas oculares que le ocasionan intenso ardor. Reconoce que tiene cierta pereza intelectual y presenta una clara dificultad para escribir, a tal punto que es difícil reconocer su escritura. Pudiera decirse que es la de un beodo o la de un anciano, por el tremor de su mano al correr el lápiz". "La voluntad al principio todavía pugnaba por vencer los obstáculos de su enfermedad, y procuraba reanudar penosamente su trabajo; pero su condición general de pérdida de su capacidad física traicionaba su intento y, mal de su grado, tenía que guardar cama.

Advirtamos aquí, como en el caso de las experiencias hechas en cámaras neumáticas, y como ocurre igualmente en el Mal de Montañas, hay una falla intelectual inexplicable. Este enfermo, inteligente, perfectamente enterado del peligro en que vivía, conocedor de su enfermedad, pues llegó su perspicacia al extremo de que nos buscaba los "casos" para estudio, debía haber pedido su traslado a Lima, y sin embargo, por un proceso mental equivalente a lo ocurrido a los más distinguidos fisiolólogos en la cámara de experimentación no se decidía a solicitarlo".

En los días subsiguientes, su conciencia fué oscureciéndose más, al extremo de no reconocer a sus allegados".

"La coloración de su cara y manos era negruzca. Correspondía al tinte cianótico más intenso. Estaba amoratado, ennegrecido casi, sus ojos intensamente congestionados. En esas circunstancias sobrevino la inconsciencia y el coma, y fué entonces que se le trasladó a Lima".

"La misma noche de su llegada a Lima, fué visto por nosotros. Se encontraba en coma, del cual pudo salir cuando lo interrogamos violentamente. Sonrió y entró nuevamente en coma. Su aspecto era ennegrecido". Curación sin tratamiento.

Mayo. 1928.—"...Siempre deseoso de regresar a Morococha, al lado de la familia, decidió hacerlo por pocos días, alentado con la tolerancia de varios meses que la enfermedad le permitió en la ocasión anterior. Efectivamente, salió en viaje por ferrocarril que debía conducirlo a Morococha, en 12 horas, el 30 de mayo, cuando, precisamente, terminábamos los últimos capítulos de este informe. El viaje aparentemente lo hizo sin novedad. Durmió mal, con cefalea

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Se despertó cansado, adolorido, con cierta pereza mental. Su aspecto, al decir de sus hijos que lo acompañaban, era más bien pálido. A la 1 p.m. acusó sentirse más fatigado, renunciando enteramente a proseguir el negocio que lo llevaba por pocos días a esa localidad. Después dijo algunas frases incoherentes, desconoció a algunas de las personas que lo rodeaban y gradualmente entró en un período de sueño aparente, tranquilo, con una respiración normal y 90 pulsaciones por minuto. Este sopor fué acentuándose cada vez más, y, ya en la noche, estaba cianosado intensamente, respiraba con ruido, estertorosamente; sus extremidades comenzaron a enfriarse; su rostro tomó una expresión abotagada; se hincharon los párpados; sobrevino la anuria y el pulso comenzó a aumentar de frecuencia, llegando a 140 por minuto. No hubo medio de sacarlo del coma y, entonces, se decidió bajarlo de urgencia a Lima. En esas condiciones hizo gran parte del viaje de regreso. Conforme descendía, refieren las personas que lo acompañaban, mejoraba su aspecto, respiración y pulso. Además se le administró, durante el viaje, generosamente O. En Matucana, a 7,800 pies, dió señas de despertar, abrió los ojos, pretendió moverse. Y, luego, cayó en una somnolencia interrumpida por uno que otro movimiento. Incapaz de hablar, no podía responder a las solicitaciones de los que le rodeaban y sólo al llegar a Lima, recuperó el conocimiento.

Interrogado violentamente por nosotros, nos miró, sonrió, pretendió incorporarse y cayó inmediatamente en un estado de indiferencia del que salió otra vez, haciendo señas, para que lo ayudaran. Orinó alrededor de 300 cc. de orina, en la que no se encontró elemento anormal alguno. Momentos después pretendió limpiar una mancha que presentaba el pantalón. Parecía ser lo único que le interesara en ese instante. Tens. max: 90.—Ten. mín: 40. Había un marcado descenso, comparado con sus cifras anteriores. Pulsaciones: 90 por minuto. Respiraciones: 20.

La curación vino pronto y, a los 8 días, se dirigió a unas minas cerca de la capital donde trabaja en la actualidad".

En 1932 regresa a Morococha y apenas llegado muestra un cambio de personalidad. No se da cuenta de su situación, ni toma iniciativa alguna. Camina como beodo, habla incoherencias, tiene alucinaciones visuales, delira; ha pasado desde el primer momento por una faz de indiferencia, durante la cual sus familiares advertidos le aconsejan regresar inmediatamente, porque la cianosis e inyección sanguínea se hace progresiva, pruebas de la gravedad qua ya ha experimentado en ocasión anterior. El sabe que bajando a la Costa ha de curarse; se le dice y sólo atina a sonreír, sin que se produzca el acto volicional de su regreso salvador. Luego entra en coma asfíxico y es traído a Lima.

En 1934, intenta aún trabajar en una mina a 4000 mt. de altitud. Sólo recuerda que al llegar en automóvil encima de Canta (3000 mt.) observó las luces de la ciudad. Refieren quienes lo acompañaban que al llegar a la mina, bajó del carro, se dirigió a su habitación, dejó en un vaso su dentadura postiza y se acostó. Llamaba la atención su aspecto cianótico, ingurgitado de la cara, semejante a la de un beodo. Momentos después entraba en un profundo coma, y si no fuera porque en la cartera le encontraron una recomendación de ser trasladado urgentemente a nivel del mar en caso de presentarse esta sintomatología que él conocía tan bien, hubiera seguramente fallecido. La recuperación en Lima fué lenta y total. Se encuentra bien en la actualidad.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Observación No. 3. *— Minas Limón Verde, Santa Lucía: 4,038 mt. Marzo, 1928.

C. S. de 40 años. Natural de Apurímac, casado. Cinco hijos vivos, sanos. Mujer sana. Trabaja en minas hace 20 años. Mayordomo de la sección barreteros. Padres muertos, ignora la causa. Antecedentes patológicos: Viruela en la infancia. Sarampión. Tifoidea. Historia actual: Desde hace mucho tiempo padece de dolores epigástricos, malas digestiones, especialmente cuando se excede en la comida, sin síntomas que hagan suponer la existencia de una lesión orgánica del estómago.

Acortamiento visual marcado desde hace 2 años, cefalea frontal diaria; en cuatro oportunidades epistaxis considerables. Estreñimiento pertinaz, sólo funciona el intestino con enemas y laxantes, a veces crisis de diarrea, catarro naso-faringeo crónico. Dolores en la espalda, en las piernas, en los muslos que cesan con el reposo, mal sueño, sensación subjetiva de fiebre con ardor en los ojos, lagrimeo y malestar que cesa en pocas horas. Esto generalmente en la tarde cuando se retira del trabajo; a veces siente que se ahoga por falta de aire y no es raro que esto le suceda cuando duerme, teniendo entonces que hacerlo casi sentado; incapacidad para el trabajo, mal carácter, aburrido sin motivo. Este empleado, según el gerente de la negociación, hasta hace poco ha sido uno de los más laboriosos, hoy se le mantiene en el puesto debido solamente al tiempo de servicios que presta a este asiento minero; castiga sin motivo muy duramente a la gente que está bajo su dirección, su carácter está constantemente irritado, a pesar de las buenas condiciones en que vive. Cuando baja a niveles inferiores estas manifestaciones psíquicas desaparecen.

Observación Nº 4.—J. C. Ingeniero. 52 años de edad. Reside en Ayacucho 15 años. En los últimos tres años ha observado una disminución gradual de su capacidad intelectual. Constata errores frecuentes : se vé obligado a repetir varias veces las operaciones que anteriormente ejecutaba sin dificultad; con frecuencia se da cuenta de equívocos inexplicables en sus dibujos. Lo atribuye a un debilitamiento de su capacidad mental; pero ha observado que cuando viene a Lima, todos los trastornos pasan y recupera su lucidez de antes.

Observación Nº 5. * —J. J. Enero 22, 1929.—40 años de residencia en Puno (4000 mt.) Diagnóstico : Síndrome eritrémico.—Crisis congestivas de orden cerebral. Alternancia de altitud.

"En los últimos años su memoria se ha debilitado considerablemente lo que constituye una enorme mortificación en razón de sus labores de orden numérico. Cuando lo realiza llega un momento en que experimenta sensación de vértigo, cefalalgia intensa y queda inhábil para proseguir su labor. Estas crisis duraban al principio unos minutos, pero en los últimos meses se ha visto imposibilitado de trabajar más de una hora. Si al iniciarse el malestar paraliza su actividad mental, es capaz de reanudar su labor, pero si insiste en trabajar, se vé vencido por la cefalalgia que dura entonces mayor tiempo.

---

* Consignada en la Tesis del Sr. E. Medina y en nuestro Libro de "Enfermedad de Los Andes".

* Publicada **in extenso** en los **Anales de la Facultad de Ciencias Médicas**, 1936. Pág. 514.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Estos trastornos han desaparecido a nivel del mar, hasta el presente, esto es, durante 10 años.

Observación Nº 6.—27 julio, 1932.—G. P. 23 años. Yugoeslavo. Va a trabajar a Huarón (4,500 mt.) Síndrome eritrémico.

Presenta crisis de astenia física y psíquica que le inmovilizan. Se caracterizan por una sensación de astenia al despertar que le imposibilitan de levantarse. Es incapaz de moverse, siente "la pesadez de un muerto" y agrega "que es incapaz de encontrar su pensamiento, física y espiritualmente se siente arruinado". Se apodera de él una gran somnolencia, lo despiertan, pero él permanece indiferente. Esto dura uno o dos días, regresa a su labor, pero cada vez con mayor dificultad.

Si baja a Lima, todo desaparece.

Observación Nº 7.—L. V. 40 años.—Cerro de Pasco (Resumen).

Diagnóstico : Eritremia de la Altura.—Crisis congestivas cerebrales.

Este paciente presenta una astenia progresiva de orden físico y mental. Dedicado a rudas labores manuales y de muy pequeño orden mental— marcar los objetos en un almacén de locería—, se ve obligado, para llevar a cabo las primeras a recurrir a una palanca que él inventa, a fin de aligerar el peso y construye sellos para suprimir el esfuerzo mental de escribir, porque la atención que esto requiere le fatiga y ocasiona intensas crisis de cefalalgia que lo obligan a paralizar su labor.

El paciente se encuentra en Lima, desde hace tres años, sin haber experimentado desde entonces nada parecido.

Observación Nº 8.—Agosto, 1939.—E. R. 49 años.— Natural de Satipo.

Antecedentes familiares: padre alemán. Madre peruana. Fueron ocho hermanos. Un hermano muerto de cardiopatía congénita. Sus hermanas son "enfermizas"; a la mayor se le ha nefrectomizado; la segunda padece de trastornos mentales.

Antecedentes personales.—A la edad de 12 años va a Huancayo (3,200 mt.) donde ha vivido 37. A los 16, después de 4 años de colegio se ocupa en la ruda labor de construcción de terraplenes para el ferrocarril, durante dos años; después es cazador de vizcachas a alturas de 4000 a 5000 mts. Dos años es conductor de camiones, después implanta un aserradero de maderas. También trabaja en los socavones de las minas. A la edad de 16, sufre pequeñas hemoptisis y se le diagnostica tuberculosis pulmonar. Todo esto no fué obstáculo para que llevara una vida muy activa sin curarse. Hace 8 años nota una disminución de su capacidad física y mental.

Empieza a sufrir dolores lumbares y a asfixiarse en la altura. Por aquel tiempo fué a cazar "tarucos" a las punas y tuvo un ataque de Soroche : fuerte cefalea, asfixia, gran quebrantamiento. El descenso fué muy penoso y hubo de ser ayudado. Desde entonces cuando hacía algún esfuerzo, veía centellas y perdía su agudeza visual hasta los límites de la ceguera, cosa que le duraba de 30 a 40 minutos. Nota desde entonces una pérdida gradual de su facultad auditiva; ésta sordera es lenta y progresiva. Sufre un ataque de reumatismo que lo lleva a la cama por dos meses y acusa hormigueos y calambres "raros" que llegan a la contractura.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Acostumbrado a beber 4 ó 5 botellas de cerveza, en los últimos años se ponía cianótico y llegaba fácilmente a la ebriedad.

Desde hace 3 años, con frecuencia después de la ingestión de alimentos nota que "su organismo sufre"; experimenta un extraño malestar que le obliga a cesar toda actividad, debiendo descansar unos cuantos minutos; sólo así es capaz de poder continuar en el trabajo comenzado. Sin descansos repetidos no es posible labor física o mental alguna.

Pasa por períodos de marcada excitación nerviosa; tiene vivos deseos de trabajar más; se desespera por la disminución de su capacidad de rendimiento. Duerme mal, se levanta cansado. Y en esta lucha espiritual llega a aberraciones cuya realidad consta sin poderlas evitar. Así se levanta en la madrugada y se dirige a trabajar al aserradero, no obstante que a esa hora y sin empleados no es posible verificar labor alguna.

En esas condiciones ha solicitado asistencia facultativa y como no obtuvo mejoría, se decidió venir a la Capital, donde todos esos trastornos desaparecieron rápidamente. Aún, agrega, puede tomar licor sin sentir trastorno alguno. Comienza entonces a sentir miedo de retornar a la altitud, donde él comprende está la causa de su mal, pero sus obligaciones le obligan al regreso. Allí se siente otra vez mal: gran inquietud, ansias de trabajo e incapacidad de hacerlo: ni física ni mentalmente responde como años atrás.

Un día del mes de setiembre de 1938 observa que las manos y pies se han hinchado notablemente; hay dolores en las articulaciones y todo el cuerpo "se pone negro", dice refiriéndose al color cianótico de la piel y presenta fiebre durante 6 días. Tosedor permanente matutino, con pequeñas hemoptisis periódicas, aparecen conjuntamente accesos paroxísticos de tos improductiva que en ocasiones toman el aspecto de quintas coqueluchoides. Durante ellas habia sensación de asfixia. Al mismo tiempo experimenta parestesias de las manos: como si le hincaran agujas. El análisis de orina acusa la presencia de albúmina; en la sangre se encontró 0,60 de úrea. Este proceso duró aproximadamente 15 días, y el paciente retornó a su condición anterior.

Ya mejor, se daba cuenta de la necesidad de consultarme en la Capital, pero no se decidió al viaje. Tenía una extraña sensación de miedo a este viaje, tantas veces realizado sin novedad alguna; e infundado temor por la distancia que era preciso recorrer. Era "una idea cándida" agrega, pero que no podía evitar tanto más cuanto que encontrándose solo era necesario dirigirse a Lima donde se hallaba su familia.

Un día vé un automóvil que anunciaba viaje a Lima y repentinamente se decidió a tomarlo y viajó en buenas condiciones, en el mes de octubre de 1938.

Al llegar a la Capital consulta al Dr. Rafael Alzamora, pero como inmediatamente mejora, no sigue sus consejos y decide volver a Huancayo, lo que hace a fines del mismo mes. Apenas llegado se siente nuevamente mal: se siente incapaz de trabajar. "Todo lo ve imposible", experimenta un temor inexplicable ,tiene miedo de encontrarse, aun con sus operarios; le asalta sin motivo la idea de su ruina; en ocasiones experimenta una sensación de angustia "como si fuera un criminal; se siente asesino y le vienen ideas de suicidio". "Allá todo andaba mal, nos dice, con la idea de su incapacidad para la menor cosa".

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Entre tanto el malestar físico se hace más intenso y la cianosis adquiere una marcada acentuación.

En diciembre vuelve a Lima por veinte días sin solicitar asistencia facultativa y regresa a Huancayo "para morir allá", nos asegura. Allí sufre una congestión pulmonar sub-febril y hemoptoica de la que cura.

Vuelve a Lima y mejora nuevamente. De regreso a Huancayo toda la sintomatología se hace más intensa: somática y psíquica. Sufre de una opresión al corazón que se agrega a sus síntomas anteriores y, lo que es más grave, regresan los trastornos espirituales, ideas de persecusión, de aniquilamiento, de inutilidad. Persiste nuevamente en el suicidio.

Es entonces que viene a Lima donde es diagnosticado por el Dr. Rafael Alzamora como Mal de Montañas crónico y quien amablemente lo envió a nuestro consultorio.

Examen clínico (17 de julio de 1939).—Enfermo bien desarrollado. Coloración cianótica más marcada en los labios y conjuntivas oculares. El paciente aseguró que el color ha mejorado en Lima. Lengua rosada ingurgitada. La parte anterior del velo del paladar es más clara que la posterior, la que parece ingurgitada de sangre. En el cuello dibujan las venas dilatadas.

Tórax globuloso, ensanchado en sus bases. Abdomen muy desarrollado. Sobre su pared aparece el sistema ingurgitado sin tener los caracteres de circulación complementaria.

En las extremidades, las cianosis es más intensa en su porción distal; las manos están jugosas, ingurgitadas de sangre. Se destaca esta coloración oscura que contrasta con la blanca de la piel de los antebrazos.

En el aparato respiratorio hay ligera hiperresonancia y se encuentran estertores mucosos finos esparcidos particularmente en las bases. El resto del examen es negativo. Hay expectoración mucosa. El enfermo "limpia sus bronquios en las mañanas".

En el corazón no se encuentra nada anormal. 70 pulsaciones. Tensión máxima: 11 ½. Tensión mínima: 7½.

El examen del abdomen es negativo. No se palpa el bazo, ni está aumentado a la percusión.

Resto del examen negativo: no hay ganglios, no hay trastornos urogenitales. Reflejos normales.

Personalidad psíquica: Descrita en la historia. En la actualidad es un hombre confiado, discreto, que cuenta con sencillez sus sufrimientos. Está dotado de una inteligencia clara y animado de gran espíritu de colaboración, cosa rara en nuestro medio, a punto tal que ha consentido en ser presentado a los alumnos y hoy se encuentra presente a disposición de los miembros de la Sociedad de Neuro-Psiquiatría.

DATOS DE LABORATORIO *

Examen de sangre (Dr. H. Aste S.)

25.—VII.—939 Hematies

Sangre arterial : 7.240.000 En Lima: 56 días

„ venosa : 6.080.000

* Los estudios hematológicos serán motivo de un trabajo del Dr. H. Aste Salazar.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

1.— VIII— 939 & „	Arterial: 5.960.000 venosa: 6.970.000	2½ meses
1.—IX.—939 &	arterial : 4.820.000	
1.—IX.—939 &	venosa : 4.900.000	3 meses 4 días
3.— X.—939 &	arterial : 4,600.000	
3.— X.—939 &	venosa : 4.420.00	4 meses, 6 días

&.—Muestras de sangre tomadas simultáneamente

Examen de sangre: (Dr. Weiss)

Mielocitos neutrófilos	:	0%
Formas jóvenes	„	0%
„ en bastón	:	6%
„ segmentadas	:	64%
Total pol. neutrofilos	:	70%
Gran. mononuclerares	:	8%
Pol. acidofilos	:	2%
„ basofilos	:	0%

Linfocitos : 20%

No hay formas anormales ni Hemoparásitos.

Hemoglobina 102% (Lima 12. VII.39)

Dosaje de úrea en la sangre: 0,24 % (Lima, 12 | VII. 39)

Sero-reacciones de Wassermann y Kahn (Lima, 12. VII. 39)

Wassermann : negativa

Kahn : negativa

Electrocardiograma normal.

Ortodiagrama (Dr. Soto).—Corazón: Silueta con punta algo descendida y punto G ligeramente elevado. Hay aumento de la cuerda ventricular izquierda, del diámetro basal y del horizontal. Indice de profundidad normal.

Pedículo vascular: Altura y diámetro horizontal del pedículo con cifras normales. Calibre de la aorta descendiente y opacidad aórtica sin alteración apreciable. (1.—VII—939)

EXAMEN RADIOLOGICO.—Ensanchamiento hiliar muy marcado; reforzamiento de la trama bronquio-pulmonar. Calcificación de algunos cartílagos costales. (Dr. C. Castañeda).

RESUMEN Y CONCLUSION

Como se ha visto, en los casos graves es frecuente observar un profundo cambio de carácter, de la conducta, del humor, y, por otra, la pérdida de la memoria, lo que demuestra que la entera personalidad psíquica está modificada. Uno de nuestros enfermos presentaba crisis de confusión durante las cuales llegaba a cometer groseros errores de cálculo, períodos de confusión que duran dos horas; mas estos errores fueron rápidamente corregidos por él una vez que la crisis pasó.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Hagamos resaltar el hecho corriente del debilitamiento rápido de la atención y de la aptitud al trabajo mental, al comienzo de la enfermedad. Más tarde y a medida que la enfermedad progresa, el sujeto está en general apático, indiferente, no se interesa por nada, y—hecho particular— sabe bien que puede curar descendiendo, pero no se decide a dejar la montaña. Cuando el enfermo deja la altitud, todos estos trastornos desaparecen y en general los sujetos no guardan ningún recuerdo de su estado precedente. (3)

Hemos llegado a suponer que pudiera la anoxemia de la altura, en determinadas condiciones de Mal de Montaña Crónico, desempeñar algún papel, como causa delictuosa. (6)

En resumen, el estudio detallado de las manifestaciones psicopatológicas que presentan estos enfermos, en que la anoxemia, a no dudar, es la determinante, (6) corresponde a un trabajo que especialistas en la materia tratarán de agotar. Nos limitaremos, solamente, como conclusión, y dentro de la esfera de nuestras posibilidades, a señalar en globo que existen trastornos del juicio, pensamiento, memoria, voluntad, afectividad y, en general, de aquellas esferas que integran la personalidad toda, ofreciéndonos campo abierto en el estudio de las alteraciones psicopatológicas del Mal de Montaña Crónico.

BIBLIOGRAFIA

1. R. A. MAC FARLAND : "Psyco-physiological studies at high altitude in the Andes", **Journal Comparative Psychology,** 1937, t. 23, pág. 191 y t. 24, pág. 147.—2. J. BARCROFT : **The Respiratory Function of the Blood. Part I. Lessons from High Altitudes.** Cambridge University Press, 1925.—3. C. MONGE y ASOCIADOS : "La Enfermedad de los Andes", **Anales de la Facultad de Medicina,** 1928, t. 11, N° 1.— MONGE : **Les Erithrémies de l'Altitude,** Masson et Cie. Ed., Paris, 1929.—4. A. U. BARRACH: "The Treatment of heart failure by continous oxygene therapy", **Anes. and Anal.** 1935, t. 14, pág. 79.— 5. C. MONGE : "Manifestaciones congestivas de orden cerebral en las Eritremias de la Altura", **Anales de la Facultad de Ciencias Médicas,** 1936, t. XIX, N° 1. —6. CARLOS MONGE : "Unánue y la cosmometeoropatología" (Discurso de Apertura de la Conmemoración del Centenario de Unánue). **Reforma Médica,** 1933, N° 168.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

SOBRE UN CASO DE SINDROME DE LA COROIDEA ANTERIOR

Por **J. O. TRELLES** y **JORGE LAZARTE**

El conocimiento bastante preciso que tenemos hoy del trayecto y distribución de la coroidea anterior permite hacer el diagnóstico clínico de los síndromes neurológicos que derivan de su oclusión. Los casos de este género que han sido publicados son poco numerosos, en contraste con las frecuentes publicaciones de síndromes de otras arterias del encéfalo.

La observación que presentamos hoy a la consideración de los señores socios de la Sociedad de Neuro-Psiquiatría, corresponde a un caso clínico cuya sintomatología neta y característica, nos ha permitido sentar el diagnóstico de reblandecimiento en el territorio de la coroidea anterior, sin perder de vista, sin embargo, que el control anatómico es de importancia capital para hacerlo definitivo. La historia clínica del caso en cuestión es la siguiente :

A. S. de 50 años de edad, sexo femenino, soltera, de raza blanca, dedicada a los quehaceres domésticos, se halla enferma desde mayo del presente año.

De sus antecedentes familiares refiere que su padre murió a los 74 años por arterioesclerosis, enfermedad que padeció 4 años, habiendo gozado anteriormente de buena salud. Su madre vive a la edad de 79 años y padece de arterioesclerosis y reumatismo muscular; ha tenido 16 gestaciones de las cuales 14 fueron a término y 2 abortos; de los hijos 3 han fallecido, dos en la infancia por neumonía y tifoidea y el tercero a los 23 años por tuberculosis laringea: de los que viven la undécima, mujer, padece de cefalalgias frecuentes. De dos hermanos naturales por parte del padre, uno de ellos padece de Mal de Pott, hallándose actualmente en tratamiento con reacción favorable.

De sus antecedentes personales patológicos refiere haber padecido de tifoidea a los 17 años, urticaria a los 21, desde los 16 años hasta cumplidos los 40, de vómitos post-prandiales que desaparecieron espontáneamente y de ciática a los 48 años.

En los antecedentes de su proceso actual refiere que hace seis años, después de sufrir intensa emoción, tuvo una sensación extraña y desagradable de pesadez en la región occipital, que duró pocos minutos, que desapareció espontáneamente para volver a presentarse en los días siguientes repetidas veces, con zumbidos de oídos y parestesias en el pabellón de la oreja izquierda; con-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sultó a un facultativo y con sus prescripciones quedó perfectamente hasta el comienzo de su enfermedad actual que tiene lugar en mayo del presente año.

En esa fecha comienza a sentir debilitamiento progresivo y pérdida de la fuerza muscular del brazo derecho cuyo manejo se entorpece notablemente. Algunas semanas más tarde la pierna derecha se compromete también en forma idéntica y la enferma encuentra cada día mayor dificultad para caminar, lo que hace desde entonces a pequeños saltos. Aparecen también, simultáneamente, perturbaciones visuales y advierte que no puede leer sino con gran dificultad porque su campo visual se ha reducido considerablemente; por último, en los primeros días del mes de Julio trata de escribir una carta y se da cuenta de que tampoco puede hacerlo como antes, solicitando entonces atención médica.

En los primeros días de agosto examinamos a la paciente y comprobamos que camina con gran dificultad, necesitando de la ayuda de otra persona. Es de tipo constitucional mediolineo, de estatura mediana, en buen estado de nutrición. Los sistemas esquelético y muscular están normalmente desarrollados y el sistema piloso tiene, igualmente, distribución normal.

La marcha es penosa y a pasos desiguales, desplazándose mayormente el miembro izquierdo; el derecho rosa el pavimento y la punta está algo desviada hacia dentro; el brazo de ese lado va pegado al cuerpo, semiflexionado, en pronación, sin balanceo, contracturados los cuatro últimos dedos sobre el pulgar.

En la cara hay notable asimetría que detallaremos al tratar de los pares craneales. En los diversos órganos y aparatos no se evidencia ninguna anormalidad, siendo la presión arterial de 12 1/2—7.

El examen del sistema nervioso revela lo siguiente:

En la mitad derecha del cuerpo hay pérdida acentuada de la motilidad activa que afecta en mayor grado a los músculos de la región cérvico-braquial, predominando en la extremidad distal de los miembros. Se comprueba también pérdida considerable de la fuerza segmentaria y limitación de los movimientos pasivos, aunque la hipertonía que podría sospecharse no es evidente.

Los reflejos osteoperiósticos y tendinosos están exaltados en el lado derecho y algo vivos en el izquierdo. El cutáneo plantar derecho da respuesta en extensión del dedo grueso y hay esbozo de clonus en ese lado. Las maniobras de Chaddock, Schaeffer, Gordon y Oppenheim son positivas y el pellizco dorsal del pie determina, además de la triple flexión del miembro, la extensión del dedo grueso.

No existen trastornos tróficos y el funcionamiento de los esfínteres es normal.

Las sensibilidades tactil, térmica y dolorosa están ligeramente perturbadas, lo mismo que la sensibilidad profunda en sus diversas formas, adoptando una topografía en todo semejante a la de los trastornos motores, inclusive en el territorio del trigémino. La estereognosia y la topognosia casi normales.

En los pares craneales hay hemianopsia homónima derecha, con motilidad normal de los globos oculares y ligera dilatación de la pupila derecha. Los reflejos pupilares conservados y el fondo de ojo normal.

En la mitad derecha de la cara hay hipoestesia e hipoalgesia y asimetría acentuada por ser la abertura palpebral mayor en ese lado, los pliegues nasogeniano y labiogeniano poco marcados y los superciliares casi borrados, la me-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

jilla flácida y la comisura labial notoriamente descendida. El párpado derecho no puede cerrarse completamente, la comisura labial se retrae en mayor grado hacia la izquierda y los pligues superciliares no pueden marcarse a voluntad. En la lengua hay hemiparesia derecha que determina la desviación de la punta hacia ese lado cuando la proyecta fuera de la voca y hacia la izquierda cuando la retrae.

En el lado derecho hay, además, ligera ataxia de tipo sensitivo que es predominante en el brazo. La praxia es normal.

La articulación de la palabra es ligeramente dificultosa, aunque no puede decirse que existe disartria. La lectura es posible pero con gran esfuerzo, pues la paciente manifiesta que sólo ve la mitad izquierda de las palabras. Las letras son reconocidas perfectamente y su reunión en sílabas y palabras es correcta.

En el psiquismo hay cierta improductividad ideatoria, labilidad afectiva y pérdida de la memoria que no es muy acentuada.

Los exámenes de Laboratorio demuestran que la tasa de úrea en la sangre es de 0.23 gramos por mil, la orina normal y las serorreacciones de Wassermann y Kahn negativas en la sangre. La numeración globular arroja 4'400,000 glóbulos rojos y 7,500 leucocitos; 62% de neutrofilos, 7 abastonados y 55 segmentados; 3% de acidófilos; 0 % de basófilos; 12 % de mononucleares grandes y 23 % de linfocitos.

En el mes de Setiembre verificamos exámenes repetidos de la paciente, comprobando a corta diferencia los mismos trastornos y marcada tendencia de los síntomas a agravarse lenta y progresivamente, a pesar del tratamiento instituído. El 20 de Octubre la encontramos en el lecho, en decúbito dorsal activo evidenciando, además la asimetría facial descrita.

Comprobamos que en los miembros del lado derecho la parálisis se ha acentuado considerablemente y en forma especial en el superior, en el que apenas esboza movimientos del pulgar. Los reflejos continúan vivos en el lado afectado y el signo de Babinsky siempre presente. Del mismo modo, la sensibilidad está algo más comprometida, en todas sus formas, en el territorio de los miembros afectos. En el miembro superior derecho hay edema vasoparalítico, que es notable en el dorso de la mano. Los reflejos cutáneos abdominales están abolidos en ambos lados y las maniobras de Chaddock, Schaeffer, Gordon y Oppenheim son siempre positivas. En los pares craneales la misma hemianopsia homónima derecha, reflejos pupilares perezosos, abolición de los reflejos corneal y conjuntival derechos, hipoestesia facial en ese lado, paresia lingual y acartonamiento de la lengua. En la palabra, lectura y escritura las mismas alteraciones antes señaladas.

Resumiendo, nuestra observación es la siguiente: en una enferma de 50 años con antecedentes de arterioesclerosis por las ramas paterna y materna, se instala, precedida por pequeños ictus, hemiplejía derecha a predominio cérvico-braquial, con hiperreflexia tendinosa, signo de Babinsky, hemianestesia, que interesa igualmente la extremidad cefálica y hemianopsia homónima derecha. No hay afasia ni alexia y la praxia es normal; la presión arterial de 12 1/2 —7.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

El síndrome que consideramos nos parece de origen vascular y del tipo del reblandecimiento por arterioesclerosis, por la forma lenta y progresiva como se han instalado los síntomas y por su tendencia a agravarse paulatinamente a pesar del tratamiento; en la hemorragia, habitualmente, después de un comienzo brusco hay notable recuperación funcional.

En cuanto al asiento de las lesiones, parece, según toda probabilidad que se trata de un territorio arterial del cerebro. Entre los síndromes vasculares que pueden presentarse en este órgano, descartamos de inmediato el reblandecimiento de la cerebral anterior y el de la silviana cuya apariencia clínica es en todo diferente a la que presenta nuestra enferma. Con el síndrome de la cerebral posterior hay en cambio, alguna semejanza; cuando la lesión toma el tronco principal de esta arteria determina un síndrome integrado por hemiparesia discreta controlateral, hemianopsia y síndrome talámico casi siempre acentuado; se agregan a estos síntomas principales, afasia de tipo Wernicke, alexia y trastornos cerebelosos que son poco constantes. En nuestro caso no hay afasia ni alexia y los trastornos sensitivos que son muy discretos no tienen la nota desagradable que es característica del síndrome talámico.

El reblandecimiento parcial posterior de la cerebral posterior determina hemianopsia, alexia y afasia sensorial, sin trastornos sensitivos ni motores; lo que difiere considerablemente del caso que comentamos.

El reblandecimiento parcial anterior de esa misma arteria, que corresponde al ramillete tálamo-geniculado, determina síntomas de tres clases: talámicos o cerebelo-talámicos, subtalámicos, entre los que es conocido el síndrome superior del núcleo rojo, y pedunculares, que se agrupan con el nombre de síndrome inferior del núcleo rojo; en los dos últimos grupos hay trastornos trémoro-coreo-atetósicos y en veces compromiso del III par. Repetiremos aquí nuevamente, que en nuestro caso no existe sintomatología semejante y que la parálisis tan marcada de nuestra enferma contrasta con la paresia discretísima propia del síndrome parcial anterior de la cerebral posterior.

Quedamos, pues, en definitiva con que el territorio vascular más probablemente afectado es el de la coroidea anterior cuyo síndrome se caracteriza por hemiplejía controlateral a predominio cervico-braquial, hemianestesia y hemianopsia; se agrega que pueden presentarse trastornos vasomotores y tróficos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

La distribución y trayecto de la coroidea anterior ha sido objeto de numerosos estudios por parte de Heubner, Kolisko, von Monakow, Duret y Dejerine; sin embargo, los conocimientos fundamentales derivan de los trabajos de Foix, Hillemand y Mme. Schiff quienes han determinado con exactitud el territorio encefálico que le corresponde. Más recientemente, Abbie ha hecho observaciones prolijas del trayecto de esta arteria en diversos animales y en el hombre, precisando que tiene dos ramas fundamentales, una cefálica y otra caudal, cuyos territorios en una pequeña zona se superponen; la importancia de estas ramas es variable según las especies y aun según los individuos, pero en el hombre tienen un campo de distribución que es constante y que sólo varía discretamente en la zona de superposición, cuya importancia clínica es escasa.

Se ha llegado así, con el aporte de estas investigaciones, a determinar que la coroidea anterior irriga los tres cuartos posteriores del brazo posterior de la cápsula interna y su segmento sublenticular, la porción supero-interna del tálamo óptico, pequeña parte del pie de los pedúnculos cerebrales, el origen de las radiaciones ópticas de Gratiolet, la mayor parte del globus pallidus, pequeña porción del cuerpo geniculado externo y muy pequeña parte de la cintilla óptica y del núcleo caudado. Abbie agrega todavía que esta arteria irriga la comisura blanca anterior, el uncus del hipocampo y la porción media posterior del núcleo amigdalino. Poppi, por otra parte, niega la irrigación de la comisura anterior y del cuerpo geniculado.

El síndrome neurológico, que conocemos hoy en sus caracteres fundamentales, aunque no bien en sus pormenores, ha sido descrito con la mayor exactitud por Foix y sus colaboradores. Desde entonces sabemos que está integrado por tres síntomas fundamentales: hemiplejía, hemianopsia y hemianestesia, que se instalan en el lado opuesto a la lesión. Ultimamente se ha dicho que pueden existir trastornos vasomotores y térmicos debidos a la lesión de los núcleos vegetativos hipotalámicos. Abbie hace notar, basado en observaciones de Kolisko, Ley, Mackenzie y Schiff que en un total de cinco casos, cuatro son de lesiones de la arteria izquierda y el restante bilateral.

Poppi concluye afirmando que en la actualidad, dado el conocimiento bastante preciso que tenemos de la irrigación del encéfalo, las lesiones que asientan en el territorio de la coroidea anterior pueden y deben diagnosticarse clínicamente.

Para terminar recordemos que Austregesilo y Borges Fortes

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

han publicado un caso clínico en el que corroboran, en sus rasgos fundamentales, lo dicho por los autores antes citados.

BIBLIOGRAFIA

A. A. ABBIE. "The clinical significance of the Anterior Choroidal Artery", **Brain,** t. LVI. p.233, 1933. — AUSTREGESILO y BORGES FORTES : "Syndrome de l'artere choroidienne anterieure", **Revue Sud-Américaine de Medecine et de Chirurgie,** 1933, t. IV, N° 2.—FOIX et HILLEMAND : "Les arteres de l'axe encéphalique jusqu'au diencéphale inclusivement", **Revue Neurologique,** 1925, t. II, N° 6.—FOIX, CHAVANY, HILLEMAND et Mme. SCHIFF-WERTHEIMER : "Obliteration de l'artere choroidienne anterieure, ramollissement de son territoire cerebral; hemiplegie, hemianesthesie; hemianopsie", **Presse Medicale,** 1925, N° 49.— U. POPPI : "Le sindroma conseguente a lessione dell'arteria coroidea anteriore", **Rivista di Neurologia,** 1928, t. I, N° 6.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA POR EL METODO DE SAKEL

Por **León Mejía**

El tratamiento de la esquizofrenia por la insulina, de reconocida eficacia en los casos precozmente tratados, presenta una serie de complicaciones que tratamos de exponer en este trabajo. Nos servimos para ello de los datos consignados en el historial clínico de las estaciones de insulinoterapia que, bajo la dirección del Prof. Honorio Delgado, funcionaron en el Hospital "Víctor Larco Herrera", desde el 19 de julio de 1937 hasta el 20 de enero de 1939.

Nuestras observaciones se basan en el estudio de los accidentes del tratamiento en 96 enfermos esquizofrénicos. En una exposición integral, como corresponde a una labor de carácter exclusivamente estadístico, nos referiremos a todo lo observado, desde las complicaciones debidas a la medicación insulínica hasta las intercurrencias y otras complicaciones menores, que si bien no pueden ser imputadas directamente al tratamiento, es innegable que su aparición por lo menos es favorecida por él. El coma prolongado, el ataque epileptiforme, los graves trastornos respiratorios que producen todos los casos de defunción, el espasmo de la glotis y los trastornos cardiovasculares que se presentan en el transcurso del precoma o del coma hipoglicémico ciertamente son debidos al tratamiento insulínico; no puede decirse lo mismo de algunas complicaciones gastrointestinales, afecciones cutáneas, síndromes carenciales y otras complicaciones menores, algunas de las cuales dependen en alguna forma del tratamiento y otras se presentan de modo incidental. Con todo, creemos indispensable la exposición de todas las complicaciones, en el orden expuesto, a fin de dar una idea lo más aproximada posible de muchos de los accidentes en la práctica del método de Sakel. Por otra parte, es necesario señalar el hecho de que antes de iniciar el tratamiento se llevó a cabo, en cada paciente, un examen físico completo con el objeto de verificar el buen estado corporal y, cuando no se descubrió anormalidades graves, principalmente lesiones cardiovasculares y broncopulmonares,

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

se procedió rápidamente, sin tener en cuenta las desventajas propias de la edad avanzada y la antigüedad de la psicosis.

La técnica seguida en el tratamiento de los casos a que nos referimos ha sido expuesta detalladamente en otra ocasión. * Los resultados obtenidos y otros datos importantes han sido consignados en la ponencia oficial del Prof. Honorio Delgado a las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas de Lima: "Tratamiento de la esquizofrenia con Cardiazol e insulina".

Antes de entrar en el desarrollo del tema que nos hemos propuesto, debemos agradecer la colaboración que en todo momento nos prestara el Sr. Andrés Carrillo B., jefe técnico del personal auxiliar de las Estaciones de Insulinoterapia.

COMA PROLONGADO

No siempre es posible la interrupción del coma hipoglicémico; si la administración de solución de glucosa por vía nasal y la inyección de suero glucosado son ineficaces se trata de un coma prolongado. La producción de este coma no depende de la cantidad de insulina empleada; la hemos observado con dosis mínimas, en un caso con 14 unidades de insulina, y, a la inversa, dosis elevadas, hasta de 180 unidades, no siempre dan este resultado. Asimismo, determinada dosis en un mismo paciente en ocasiones provoca un coma prolongado y en otras no. Hasta la fecha no ha sido posible determinar algunas manifestaciones clínicas precursoras del coma prolongado; tampoco hay medio de evitar su producción: si una dosis de insulina provoca un coma prolongado, no se descarta la posibilidad de su repetición con el empleo de dosis menores; igualmente, no es sostenible que los pacientes que durante el tratamiento adquieren cierto grado de susceptibilidad a la insulina estén más predispuestos a presentarlo, ya que, con igual frecuencia, tanto se observa en éstos como en los insulinorresistentes. Por otra parte, si las primeras dosis de glucosa no logran interrumpir el coma, las siguientes, aumentando notablemente la hiperglicemia no sólo no consiguen poner fin al coma prolongado, ya que éste no implica necesariamente un estado hipoglicémico, sino que, por el contrario, tienen un efecto nocivo al predisponer a una serie de trastornos — particularmente condicionando un estado de menor resis-

* HONORIO DELGADO, J. F. VALEGA y CARLOS GUTIERREZ-NORIEGA: "Contribución al tratamiento de la esquizofrenia con insulina", **Revista de Neuro-Psiquiatría**, 1938, N° 4.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tencia frente a las infecciones — que se desarrollan entonces en un estado de verdadera diabetes experimental. Las manifestaciones clínicas del coma prolongado no difieren esencialmente de las correspondientes al estado del coma hipoglicémico normal, pero revisten gravedad las complicaciones que se presentan en su curso; éstas son muy peligrosas para la vida del enfermo por desarrollarse en un estado de profundos trastornos somáticos y por la circunstancia de ser difíciles de cohibir; son particularmente graves los trastornos circulatorios y respiratorios, los ataques epileptiformes y los espasmos de la glotis. La duración del coma prolongado, por lo general, es de pocas horas; sólo en dos ocasiones se prolonga hasta el día siguiente y en otras dos hasta el 3°; en un caso se produce un coma agripnoide que persiste hasta el 4° día; además en dos ocasiones hemos asistido a comas tardíos; asimismo, en otros dos casos el coma prolongado es seguido por un estado de somnolencia marcada.

ATAQUE EPILEPTIFORME

Entre las complicaciones del tratamiento insulínico es muy frecuente la producción del ataque epileptiforme, con sus fases de contracciones tónicas y clónicas bien definidas. Generalmente se desencadena sin manifestaciones clínicas previas, pero hay ocasiones en que es precedido por fases de contracciones musculares aisladas o por mioclonias. El ataque en sí no tiene mayor significación de gravedad, como no parece tenerla favorable por los datos que aportamos más adelante, circunstancia que nos mueve a considerarlo como complicación, con tanta más propiedad cuanto mayor es la observación de los disturbios que provoca; pero sucede con frecuencia que otras complicaciones, tales como trastornos cardiovasculares o respiratorios, se suman a su efecto, o, a la inversa, el ataque sobreviene en el curso de otras complicaciones poniendo en peligro la vida del enfermo. En general, la producción de la crisis convulsiva no depende de la dosis de insulina empleada ni de la susceptibilidad correspondiente que puede adquirirse durante el tratamiento, aunque es verdad que su frecuencia es mayor en aquellos pacientes que desde el comienzo de la cura ya dan muestras de una marcada labilidad a las dosis iniciales de insulina, enfermos en quienes, por lo demás, no son necesarias, en lo que resta del tratamiento, dosis elevadas para producir el estado comatoso. Por otra par-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

te, en los sujetos particularmente predispuestos no puede evitarse el ataque epileptiforme mediante la administración de sedantes. La duración de la crisis convulsiva es variable, de 40 a 50" como término medio, pero en ocasiones se prolonga hasta 60" y aun más. Su frecuencia es grande : de los 96 enfermos tratados, 44 presentan ataque epileptiforme, siendo de constitución pícnica 23 de los pacientes de este grupo. Entre los que presentan crisis convulsivas, contando los casos de **status epilepticus,** 37 enfermos tienen de 1 a 10 ataques, 6 de 10 a 20 y 1 tiene 40 ataques. Hay casos en que las crisis se repiten varias veces en un mismo día. Las crisis pueden presentarse en el curso de las manifestaciones hipoglicémicas ligeras, en estado de precoma, en el curso del coma y, por último, después de la interrupción del coma; los casos observados presentan en total 164 ataques, de los cuales 116 se presentan en estado de coma, 45 en el curso del precoma y los 3 restantes muy precoz o tardíamente, muchas horas después de interrumpido el estado comatoso. Aparte de los trastornos cardiovasculares, con sus secuelas de taquicardia, arritmia cardíaca, hipertensión y cefalea pasajeras, y de la interrupción momentánea del estado comatoso provocados por el ataque epileptiforme, señalaremos un caso de fractura del cuello anatómico del húmero y dos de luxación (en un caso del maxilar inferior y en otro de la articulación tibio-tarsiana). En lo que se refiere a la significación de la crisis convulsiva respecto del pronóstico de la psicosis podemos decir que no lo influye favorablemente, ya que las remisiones en los pacientes que tienen ataque epileptiforme son sensiblemente iguales a las alcanzadas en pacientes que no los presentan, como se deduce de los cuadros siguientes:

RESULTADO EN LOS 49 ENFERMOS AGUDOS

	Enf. con ataque	Enf. sin ataque
Remisión completa	22	23
Remisión social	2	
Mejoría	2	
Total	26	23

Enfermos con ataque : 26; de éstos tienen remisión completa

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

22 (18 con 1 a 10 ataques, 3 con 10 a 20 y 1 con 40), remisión social 2 (1 con 2 ataques y 1 con 5), mejorías 2 (1 con 1 ataque y 1 con 2 ataques).

RESULTADO EN LOS 22 ENFERMOS SUB-AGUDOS

	Enf. con ataque	Enf. sin ataque
Remisión completa	4	5
Remisión social	2	3
Mejoría	2	5
No modificado	1	
Total	9	13

Enfermos con ataque: 9; de éstos tienen remisión completa 4 (2 con 1 ataque, 1 con 9 y 1 con 17), remisión social 2 (1 con 2 ataques y 1 con 5), mejoría 2 (1 con 2 ataques y 1 con 16), no modificado 1 (con 7 ataques).

RESULTADO EN LOS 20 ENFERMOS CRONICOS

	Enf. con ataque	Enf. sin ataque
Remisión completa	2	2
Remisión social	1	3
Mejoría	4	4
No modificado	2	2
Total	9	11

Enfermos con ataque 9; de éstos tienen remisión completa 2 (ambos con 1 ataque), remisión social 1 (con 9 ataques), mejoría 4 (2 con 2 ataques, 1 con 6 y 1 con 13), no modificado 2 (1 con 2 ataques y 1 con 7 ataques).

STATUS EPILEPTICUS

En los 91 casos consignados se incluye los cuatro enfermos que

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

presentan la complicación de **status epilecticus.** Todos ellos tienen la característica de que se establecen en el curso de comas prolongados. El primero (Caso 8) tiene los antecedentes de haber presentado dos ataques convulsivos en la infancia, de delirio en los estados febriles y de reciente traumatismo cefálico; durante el tratamiento, en el curso de un coma prolongado, presenta 3 crisis convulsivas aisladas y un status epilepticus durante el cual se suceden 37 crisis convulsivas; tiene remisión completa. El segundo (Caso 12), con marcada susceptibilidad a las crisis convulsivas, presenta 11 ataques en diversos días del tratamiento y una fase de ataques epileptiformes subintrantes cuyo número no puede determinarse por la rapidez con que se suceden, en ocasiones sin intervalos entre uno y otro; tiene remisión completa. El tercero (Caso 44) presenta un coma prolongado en cuyo curso se desencadenan 19 ataques epileptiformes subintrantes; tiene remisión completa y recidiva después de 7 meses. El cuarto (Caso 72) tiene dos fases de crisis convulsivas subintrantes, 16 en total, en distintos días del tratamiento, con el cual obtiene solamente mejoría. Los tres primeros casos de status epilepticus son enfermos agudos y el último, sub-agudo.

TRASTORNOS RESPIRATORIOS

Esta complicación es frecuente sobre todo en el curso de comas profundos y de larga duración. En unos casos se trata de crisis de apnea prolongada, precedidas por lo general por períodos de respiración irregular y estertorosa; las crisis de apnea se presentan con caracteres alarmantes en 8 de los casos estudiados y hacen necesaria la interrupción rápida del estado comatoso. En otros casos se trata de períodos de respiración de tipo Cheyne-Stockes que desaparecen pronto y no hacen necesaria la interrupción de la hipoglicemia. Pero la complicación respiratoria que reviste mayor gravedad es el espasmo de la glotis. Por lo demás, a pesar de las precauciones tomadas para evitar las neumonias de deglución, particularmente en los casos de coma profundo, en que hay abolición completa de los reflejos defensivos, y en los de coma prolongado, los 5 casos letales que presentamos más adelante se deben a intercurrencias del aparato respiratorio.

ESPASMO DE LA GLOTIS

Los casos de espasmo de la glotis observados se presentan por

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

lo general en el curso del estado comatoso que evoluciona con marcadas fases de hipertonía muscular. Su producción no es frecuente, ya que sólo lo hemos observado en 6 pacientes. Comienza súbitamente con un período corto de respiración ruidosa; el paciente en este momento se encuentra en estado de contractura muscular manifiesta, hay taquicardia y polipnea, turgencia de los vasos venosos del cuello y aumento del volumen de la caja torácica por los movimientos respiratorios rápidos y enérgicos; poco después se observa congestión facial, cada vez más pronunciada hasta llegar a la cianosis y en este instante los tiempos respiratorios se hallan notablemente acortados y dificultados, especialmente la inspiración. La producción del espasmo de la glotis obliga en todos los casos a la interrupción inmediata del estado comatoso.

TRASTORNOS CIRCULATORIOS

Es de observación corriente, sobre todo en el curso de comas profundos y prolongados y después de la producción del ataque epileptiforme, la complicación por trastornos cardiovasculares. En el coma prolongado, sobre todo cuando es marcadamente hiperhidrósico, se presenta bradicardia, hipotensión arterial, pulso filiforme y tendencia al colapso cardíaco. En caso de ataques epileptiformes, y en especial cuando se establece el status epilepticus, es corriente observar arritmia cardíaca, taquicardia e hipertensión arterial. Los trastornos señalados por lo general pasan rápidamente o ceden a la medicación correspondiente. Las complicaciones graves que hemos observado, por fortuna raras, se refieren a un caso de colapso cardíaco que se presenta el segundo día de un coma prolongado y termina favorablemente, y a un derrame cerebral, en el curso de un coma prolongado, en una mujer de 40 años.

TRASTORNOS GASTROINTESTINALES

Esta complicación del tratamiento insulínico se observa con mucha frecuencia. Sin contar los casos leves, de estado nauseoso y de vómitos explosivos en que el paciente arroja el líquido azucarado que se le administra por medio de la sonda nasal, estados que se presentan inmediatamente después de la interrupción de las manifestaciones hipoglicémicas, lo más corriente es la producción de vómitos biliosos post-comatosos seguidos de vómitos alimenticios que se prolongan en ocasiones varios días o se repiten en días de insu-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

lina consecutivos, dejando al paciente en un estado de decaimiento y a veces de postración. En un caso se presenta un cuadro de vómitos sanguinolentos después de crisis post-comatosas de náuseas y vómitos muy pronunciadas; en otro caso, sin antecedentes patológicos gástricos, se produce una hematemesis de poca intensidad que se repite a largos intervalos bajo la forma de vómitos negruzcos y fétidos; en un caso se presenta, después de un coma prolongado, un cuadro de vómitos incoercibles que duran tres días y llevan a la enferma a un estado de adinamia marcada y gran deshidratación. Con frecuencia los vómitos se acompañan de diarreas y evolucionan con curva febril poco elevada; la diarrea se presenta en algunos casos con dolor abdominal difuso y bajo la forma de síndrome disenteriforme : se trata entonces de despeños diarréicos que llevan al paciente a un estado físico precario. Los trastornos gastrointestinales por lo general se repiten varias veces durante la cura, circunstancia que obliga con frecuencia a interrumpir el tratamiento hasta lograr el restablecimiento del estado físico del paciente.

ENFERMEDADES DE LA PIEL

Las complicaciones por enfermedades de la piel son muy frecuentes y su aparición está condicionada por varios factores : en primer lugar citaremos las modificaciones del medio interno por el consumo de gran cantidad de hidratos de carbono que produce un estado de hiperglicemia, que no por momentáneo es menos favorable a la aparición de piodermitis; en segundo lugar, la circunstancia de permanecer el paciente durante largas horas en cama, en estado de desasosiego y presa de intensa sudoración — con sus consecuencias, calor y humedad — favorece la aparición de forunculosis y diversas estafilococias; en tercer lugar, por último, pese a la vigilancia y el aseo, el contagio, inevitable en un servicio de régimen común, ocasionando el parasitismo en los casos de escabiosis. Por otra parte, las enfermedades de la piel se presentan en la segunda mitad del tratamiento y son de observación muy frecuente, como queda dicho. Abundan los casos de escabiosis, generalizada en unos casos, infectada en otros; sus lesiones son muy extensas en 11 pacientes; la forunculosis se presenta en 10 enfermos y reaparece varias veces durante el curso del tratamiento; más raras son las porofoliculitis, los abscesos y las heridas infectadas.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

OTRAS COMPLICACIONES

En este lugar debemos mencionar los síndromes carenciales : en 5 casos se presenta con caracteres marcados el síndrome beriberoide y en 4 manifestaciones pelagroides. Por otra parte, en 7 casos se desarrolla un proceso febril de curva intermitente e irregular, que dura varios días y cuya causa no puede ser determinada. Durante el tratamiento insulínico en 2 pacientes se reactivan procesos latentes de tuberculosis. Por último, más raramente se presentan la amigdalitis y la faringitis agudas y los trastornos hepáticos, que momentáneamente complican el tratamiento en un caso, respectivamente.

ENFERMEDADES INTERCURRENTES

Las intercurrencias que se presentan en el curso del tratamiento de los casos estudiados son las siguientes : en primer lugar, por su mayor frecuencia, la gripe, que interrumpe momentáneamente la cura en 10 casos; en segundo lugar, la disentería amebiana, que evoluciona en 9 casos con ruidosa sintomatología, algunos de los pacientes que la presentan habían padecido de esta enfermedad en épocas anteriores; más raras son el paludismo, que se presenta en 2 casos, y la bronconeumonía en 1 caso, con evolución favorable. Las enfermedades intercurrentes en dos casos favorecen la curación de la psicosis : se trata de un cuadro de disentería amebiana y de un proceso bronconeumónico; en el curso de ambas intercurrencias se produce la remisión completa de la enfermedad mental.

MORTALIDAD

Cinco son los casos letales que se presentan en el curso del tratamiento insulínico, todos ellos debidos a intercurrencias graves del aparato respiratorio. El primero (Caso 64) con diagnóstico de absceso y gangrena pulmonar (bronconeumonía con pleuresía?); el segundo (Caso 75) con el de bronconeumonía; el tercero (Caso 76) falleció de gangrena pulmonar; en el cuarto (Caso 82) se hizo el diagnóstico de bronconeumonía complicada con gangrena pulmonar; y en el quinto (Caso 96) el de "edema agudo del pulmón"; quizá si la muerte en este caso se debió a "una falla en la aplicación de la sonda nasal".

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

CASUISTICA

Caso 1. Hombre, de 30 años, leptosómico. El tratamiento en este paciente sólo en dos ocasiones produce manifestaciones hipoglicémicas marcadas que, sin embargo, no llegan al estado comatoso. En la tarde del 12º día de insulina se instala un cuadro febril que se prolonga tres días, acompañado de vómitos y diarrea. Pocos días después se declara un cuadro de disentería amebiana; después de esta intercurrencia, que obligó a la interrupción de la cura insulínica, se produce la remisión completa de la psicosis.

Caso 2. Hombre, de 26 años, pícnico. El 10º día de insulina, en estado de precoma, sufre un ataque epileptiforme, de 56" de duración; pasada la crisis convulsiva el paciente está ligeramente cianótico, la respiración es estertorosa y presenta fases de apnea prolongada, lo que determina la interrupción rápida de las manifestaciones hipoglicémicas. Los días 15º y 21º de insulina se repite la crisis convulsiva, en estado comatoso.

Caso 3. Mujer, de 14 años, pícnica. El 25º día de insulina se presenta un coma prolongado, quedando después la enferma en un estado de somnolencia hasta las primeras horas de la noche. El día 34º, crisis de apnea con cianosis marcada y respiración de tipo Cheyne-Stockes en el curso de un coma profundo; este cuadro es seguido por un violento ataque epileptiforme. En lo que resta del tratamiento se presentan en distintos días cinco crisis convulsivas, todas en el curso del estado comatoso.

Caso 4. Mujer, de 23 años, pícnica. El día de la penúltima iny. de insulina se instala un cuadro febril que en los días siguientes se define con las características de paludismo.

Caso 6. Mujer, de 34 años, pícnica. El tratamiento en este caso consta de dos fases, por recidiva después de 6 meses de remisión completa obtenida con la primera. En ésta se observa: 10º día, coma prolongado con arritmia cardíaca extrasistólica, pulso filiforme y cianosis marcada; 13º día, arritmia extrasistólica y bradicardia en un coma profundo. En la segunda fase: 4º día, coma tardío y prolongado (de 10 a.m. a 7 p. m.); 6º, espasmo de la glotis en el curso de un coma profundo; 18º, ataque epileptiforme; 20º, se descubre lesiones de escabiosis; 23º, ataque epileptiforme, que se repite los días 33º, 49º y 62º; cuadro disenteriforme el 69º día de insulina.

Caso 7. Hombre, de 24 años, leptosómico. A partir del 20º día de insulina se establece un cuadro de febrículas vespertinas y sudor nocturno que se acentúa a medida que pasan los días de tratamiento, lo que obliga la interrupción de éste y el reposo durante dos semanas. Se reinicia la cura y el día 35º se presenta gripe, intercurrencia que se prolonga durante muchos días dando paso a franca sintomatología de tuberculosis pulmonar: el paciente está decaído, anoréxico, pierde peso, la tos es exigente, la expectoración muco-purulenta, la afonía crónica se acentúa en un período largo de tos improductiva. Sin embargo, al terminar el tratamiento insulínico el paciente, curado ya de su psicosis, está en vías de franco restablecimiento físico.

Caso 8. Hombre, de 17 años, pícnico. El tratamiento en este caso presenta

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

las siguientes complicaciones: día 21º: coma prolongado durante 5 horas; día 25º, coma prolongado en el curso del cual se presentan 3 ataques epileptiformes, seguidos de un **status epilepticus** durante el que se suceden crisis convulsivas a cortos intervalos, 37 en total, en el transcurso de 36 horas; despierta el paciente de este coma prolongado con cefalea marcada, vómitos y gran postración. Posteriormente, en los días 30º y 33º, se presentan nuevamente dos comas prolongados, de 4 y 5 horas de duración, respectivamente.

Caso 9. Hombre, de 18 años, constitución normotípica. En este caso, el 14º día de insulina, antes del coma, se produce un violento ataque epileptiforme, de 60" de duración.

Caso 10. Hombre, de 43 años, constitución normotípica. El 8º día de insulina se presenta un coma profundo que se prolonga durante toda la tarde; este estado comatoso se agrava en un momento por la producción de un espasmo de la glotis.

Caso 12. Mujer, de 23 años, pícnica. El 8º día de insulina se presentan 3 crisis convulsivas en estado pre-comatoso; antes de lograr la interrupción del coma se repiten 2 veces los ataques epileptiformes; minutos después de la segunda iny. de suero glucosado reacciona la enferma y presenta vómitos de aspecto achocolatado (la reacción de laboratorio descubre sangre en la muestra); en la tarde de este día se presenta cefalea intensa, malestar general y fiebre. El 9º día: 1 ataque epileptiforme y fases lipotímicas antes del coma y otro ataque en pleno estado comatoso. El 10º día (con dosis menor de insulina) coma profundo con 1 ataque epileptiforme; la enferma no despierta después de la iny. de suero glucosado, el coma se prolonga sin incidencias hasta las 11 de la noche, hora en que se suceden a cortos intervalos ataques epileptiformes subintrantes, cuyo número no es posible determinar, hasta las 5 a. m. del día siguiente, en que cesan para repetirse nuevamente 3 veces como crisis aisladas. A las 11 a. m. se logra despertar a la enferma de este coma prolongado. Posteriormente sólo se obtiene el estado de coma con dosis elevadas de insulina.

Caso 13. Mujer, de 24 años, pícnica. En la tarde del 25º día de insulina, que provoca el 9º coma — sin incidentes, como los anteriores —, la enferma es atacada de dolor epigástrico, diarrea y fiebre poco elevada. Tres días después se presenta disentería amebiana; pasada esta intercurrencia se da por terminado el tratamiento por haberse producido la remisión completa de la psicosis.

Caso 14. Mujer, de 16 años, constitución normotípica. El tratamiento de esta paciente no ofrece otra particularidad que la producción de un ataque epileptiforme, el 16º día de insulina, en el curso de coma profundo.

Caso 16. Mujer, de 28 años, leptosómica. El 30º día de insulina la enferma presenta lesiones de escabiosis infectada y brotes de porofoliculitis.

Caso 17. Mujer, de 20 años, pícnica. Presenta dos ataques epileptiformes, el 14º y el 38º días de insulina, respectivamente, en pleno estado comatoso.

Caso 18. Mujer, de 38 años, leptosómica. El 18º día de insulina se presenta disentería amebiana, con ruidosa sintomatología, que lleva a la enferma en pocos días a un estado precario. El día 20º aparecen lesiones de escabiosos infectada.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Caso 19. Hombre, de 21 años, pícnico El 27º día de insulina se produce un coma prolongado hasta las primeras horas de la noche, en el curso del cual se presentan períodos de apnea prolongada y un ataque epileptiforme, de 54 " de duración.

Caso 20. Mujer, de 28 años, pícnica El día 15º de insulina se instala un cuadro de disentería amebiana, que interrumpe el tratamiento durante dos semanas. El 32º, se presenta un síndrome pelagroide que desaparece pronto gracias a la medicación por medio de vitaminas.

Caso 22. Hombre, de 28 años, pícnico. En este caso se presenta un cuadro de disentería amebiana, a partir del 26º día de insulina.

Caso 23. Hombre, de 22 años, pícnico. Este paciente sufre 12 ataques epileptiformes en otros tantos días de insulina, 3 antes del coma y 9 en estado comatoso; la duración media de las crisis convulsivas es de 50 ". Las contracciones musculares del último ataque son tan violentas que el paciente despierta adolorido y con el brazo derecho inmovilizado; al examen se advierte ligera tumefacción y punto doloroso en el hombro : se había producido una fractura del cuello anatómico del húmero.

Caso 25. Mujer, de 30 años, leptosómica. En este caso se presentan las siguientes complicaciones : coma prolongado, el 16º día de insulina; ataque epileptiforme en el coma del 21º día; trastornos gastrointestinales (vómitos biliosos y alimenticios, dolor abdominal y diarrea) después de la interrupción del coma del día 24º; estos trastornos gastrointestinales se repiten en tres ocasiones en lo que resta del tratamiento; el día 28º aparecen brotes de forunculosis.

Caso 26. Mujer, de 21 años, constitución normotípica. A partir del 23º día de insulina se presentan, con ligeras intermitencias, crisis de vómitos biliosos después de la interrupción de la hipoglicemia. El día 30º se repite el cuadro agravado por diarrea y estado sub-febril, lo que interrumpe el tratamiento durante una semana.

Caso 27. Hombre, de 23 años, pícnico. El 66º día de insulina se produce un ataque epileptiforme, de 50 " de duración; los días 72º y 89º se repite el ataque, en pleno estado comatoso.

Caso 28. Mujer, de 26 años, constitución normotípica. En este caso se presentan las siguientes complicaciones : coma prolongado, el 25º día de insulina; ataque epileptiforme, en el curso del coma del día 43º; forunculosis, en los últimos días del tratamiento.

Caso 29. Mujer, 26 años, pícnica. En el curso de comas profundos se desencadenan 2 ataques epileptiformes, los días 16º y 23º de insulina, respectivamente. A partir del 31º día se presentan vómitos biliosos y alimenticios, sensación de plenitud gástrica, vinagreras y anorexia, cuadro que dura aproximadamente una semana; el día 38º : trastornos gastrointestinales y dos días más tarde : disentería amebiana.

Caso 30. Mujer, de 17 años, leptosómica. El 6º día de insulina, durante el precoma, sufre un violento ataque epileptiforme; el 7º, coma con períodos de apnea, cianosis, arritmia cardíaca y pulso filiforme; al despertar de este coma

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

la enferma presenta ataxia locomotriz y disartria, trastornos que desaparecen pocos minutos después; en la tarde de este mismo día se instala un cuadro febril con exacerbaciones vespertinas, que dura alrededor de diez días. El 14º día : amigdalitis aguda, que interrumpe el tratamiento durante una semana. El 17º, después del coma vómitos biliosos y diarrea, trastornos que se repiten al día siguiente. El 22º día de insulina se produce un coma prolongado.

Caso 31. Hombre, de 27 años, pícnico. En este caso se presenta un proceso gripal el 34º día de insulina.

Caso 32. Mujer, de 44 años, constitución normotípica. El 12º día de insulina : crisis de apnea prolongada y respiración de tipo Cheyne-Stockes en el curso de un coma prolongado durante toda la tarde; al despertar se presentan vómitos biliosos y diarrea. El 25º, gripe; el 32º, forunculosis y escabiosis infectada.

Caso 33. Mujer, de 27 años, pícnica. En el curso del tratamiento insulínico de esta paciente se observa fases de apnea prolongada y respiración de tipo Cheyne-Stockes (los días 21º y 25º de insulina). El 26º se instala un cuadro de escabiosis infectada y de porofoliculitis.

Caso 34. Mujer, de 22 años, pícnica. El 4º día de insulina, después del coma : vómitos biliosos, que se repiten el 5º y el 6º día; ataque epileptiforme en el curso de un coma prolongado seguido de somnolencia, el 7º día; coma prolongado, el 10º día de insulina. En lo que queda del tratamiento, en ocasiones se presentan vómitos y diarreas, acompañados de febrículos vespertinas, de corta duración.

Caso 35. Hombre, de 17 años, constitución leptosómica. El tratamiento en este caso es interrumpido durante 10 días por presentarse un proceso gripal después del 14º día de insulina.

Caso 36. Mujer, de 18 años, leptosómica. A partir del 14º día de insulina presenta forunculosis generalizada y cuadro febril por herida infectada del pie. Vómitos biliosos después de la interrupción del estado comatoso en tres ocasiones. El 23º día aparece un cuadro sub-febril que se prolonga durante 3 días, con exacerbaciones vespertinas.

Caso 38. Mujer, de 36 años, pícnica. Los días 10º, 11º y 12º de insulina se suceden comas prolongados, a pesar de emplearse sucesivamente dosis cada vez menores de insulina.

Caso 39. Mujer, de 30 años, leptosómica. Al día siguiente del 15º día de insulina presenta un cuadro disenteriforme que se prolonga durante una semana. Durante el coma provocado el día 39º de insulina se presenta un ataque epileptiforme.

Caso 40. Hombre, de 24 años, leptosómico. Durante el tratamiento de este enfermo se presentan 4 ataques epileptiformes, cuya duración media es de 52". 2 en estado de precoma y 2 en el curso de coma profundo. En la última semana del tratamiento se presenta forunculosis.

Caso 41. Hombre, de 28 años, pícnico. Las complicaciones que se observa en el curso del tratamiento de este enfermo son las siguientes : 20º día de in-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sulina, se presenta un ataque epileptiforme, de 56" de duración en el curso del estado comatoso; el 61º por la tarde se instala un cuadro de febrículas vespertinas que desaparece tres días más tarde. El tratamiento se interrumpe el día 63º por declararse un proceso bronconeumónico, en cuyo curso, de suma gravedad, se produce la remisión completa de la psicosis.

Caso 42. Hombre, de 17 años, leptosómico. En este caso se presentan 6 ataques epileptiformes, en diversos días del tratamiento, dos antes del coma y cuatro en pleno estado comatoso.

Caso 43. Hombre, de 30 años, pícnico. En el curso del tratamiento de este paciente se presenta un ataque epileptiforme, antes del coma del 57º día de insulina.

Caso 44. Mujer, de 18 años, constitución normotípica. El 4º día de insulina (14 unidades) : coma que se prolonga el resto del día; el estado comatoso es agravado, a partir de las 2 p.m. con la sucesión de 19 ataques epileptiformes subintrantes que ponen en peligro la vida de la paciente : la cianosis es marcada, hay arritmia cardíaca y taquicardia, el pulso es filiforme; de este coma prolongado despierta la enferma abatida y en estado de adinamia, presenta cefalea intensa, vómitos incoercibles y diarrea. El 23º día de insulina : brote febril de tres días de duración y forunculosis. El 35º : síndrome pelagroide que requiere 20 días de interrupción del tratamiento. El 47º : disentería amebiana y reaparición del síndrome pelagroide. Al final del tratamiento : paludismo.

Caso 45. Hombre, de 26 años, constitución normotípica. El tratamiento en este caso presenta las siguientes complicaciones : los días 20º y 23º de insulina, ataque epileptiforme, de 46" de duración, en el curso del coma; el día 27º, ataque epileptiforme antes del coma; día 30º, ataque en pleno coma; después de la interrupción de la hipoglicemia se presentan náuseas y vómitos pasajeros; día 31º, ataque epileptiforme, en pleno coma; la fase tónica de la crisis convulsiva en esta ocasión es prolongada y tan violenta que provoca luxación de la articulación tibio-tarsiana derecha.

Caso 46. Mujer, de 21 años, pícnica. Un ataque epileptiforme, el 34º día de insulina. En la tarde del 38º día se presenta fiebre de 38º, vómitos incoercibles, diarrea; se suspende el tratamiento, y en los días que siguen la paciente continúa con los síntomas descritos. Con una semana de reposo llega a dominarse el cuadro y se reinicia la cura; sin embargo en lo que sigue de ella se advierte repetidas interrupciones ocasionadas por las complicaciones de vómitos biliosos y fiebre.

Caso 47. Hombre, de 18 años, leptosómico. En el curso del tratamiento de este caso se presentan 2 ataques epileptiformes : los días 47º y 59º de insulina, en pleno coma. El día 70º se hace más ostensible el cuadro de forunculosis que se había manifestado levemente a partir del 67º día de insulina. El día 74º, cuadro de disentería amebiana.

Caso 48. Mujer, de 18 años, pícnica. El 13º día de insulina se produce un ataque epileptiforme antes del coma; éste se prolonga hasta las 3 p. m.; a las 8 p.m. se desencadena otro ataque epileptiforme. El día 20º, proceso gripal.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Caso 49. Mujer, de 25 años, pícnica. El 19º día de insulina : a los 20 minutos de haber interrumpido el coma, la enferma se siente cansada, decaída e insensiblemente vuelve a caer en estado comatoso hasta las 5 p. m. Día 29º : coma prolongado hasta las 3 p.m.; al despertar se presentan vómitos biliosos y la paciente permanece en un estado de somnolencia invencible hasta las últimas horas de la noche. Día 30º : se establece nuevamente el coma prolongado hasta las 3 p. m., en cuyo curso se presenta un espasmo de la glotis. Día 31º : coma prolongado durante 5 horas y vómitos biliosos al interrumpirlo. Día 39º : coma prolongado durante 6 horas. El 54º día de insulina : coma prolongado, vómitos y somnolencia residual. Dos días después aparece un brote de forunculosis.

Caso 50. Mujer, de 24 años, pícnica. Día 21º : disentería amebiana; 36º : cuadro sub-febril por escabiosis infectada; 38º : síndrome pelagroide; 41º : vómitos biliosos, diarrea, icteria, dolor en el hipocondrio derecho y anorexia; pocos días después continúa el cuadro, la deshidratación es notable, el aliento fétido y la anemia marcada. Tres semanas más tarde el estado de trastornos hepáticos se agrava con fiebre vespertina, tos exigente, sudor nocturno, disnea, ligera cianosis y edema de la cara y miembros inferiores : se hace el diagnóstico de bronquitis tuberculosa; la enferma pierda 6 kilos de peso en los últimos días de los 4 meses del tratamiento.

Caso 51. Hombre, de 17 años, pícnico. El 12º día de insulina : un ataque epileptiforme, en el curso de un coma profundo.

Caso 53. Mujer, de 27 años, constitución normotípica. El 14º día de insulina se presenta coma prolongado con cianosis, arritmia extrasistólica y crisis de apnea; la enferma permanece en este estado más de tres horas y el coma se prolonga hasta las primeras horas de la noche; el coma prolongado (de 6 horas) se repite con la 20a. iny. Durante el estado comatoso del 25º día de insulina se presenta un espasmo de la glotis.

Caso 54. Hombre, de 34 años, pícnico. Ataque epileptiforme, en pleno coma, el 34º día de insulina.

Caso 57. Mujer, de 23 años, pícnica. El 18º día de insulina : coma prolongado durante 6 horas, después de su interrupción, vómitos biliosos; el 22º : trastornos gastrointestinales agudos caracterizados por vómitos biliosos y alimenticios después del coma, seguidos de dolor abdominal y diarrea; el día 36º : cuadro sub-febril de corta duración, escabiosis infectada y forunculosis.

Caso 59. Hombre, de 27 años, pícnico. En el tratamiento de este enfermo se producen vómitos biliosos después de la interrupción del coma, durante cinco días consecutivos.

Caso 60. Mujer, de 27 años, pícnica. En el curso del tratamiento de esta enferma se presentan 13 ataques epileptiformes : 5 antes del coma y 8 durante el estado comatoso. El 63º día de insulina se presentan vómitos biliosos y alimenticios y diarrea, cuadro que desaparece dos días más tarde; al finalizar el tratamiento nuevamente se presentan vómitos biliosos.

Caso 63. Mujer, de 22 años, pícnica. El 10º día dos horas después de la iny.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de insulina, se presentan fases prolongadas de apnea, bradicardia, hipotensión arterial, acrocianosis e hipotermia; este cuadro se instala bruscamente y obliga a la interrupción inmediata de la hipoglicemia. Con parecidos caracteres se presenta el coma del 20º día de insulina.

Caso 64. Hombre, de 24 años de edad, leptosómico. El tratamiento se desarrolla sin incidentes hasta el 13º día de insulina, en que el paciente despierta de un coma profundo, con malestar general y escalofrío; tres horas más tarde se presenta fiebre, tos y cefalea intensa; el estado se agrava al día siguiente: la tos es tan exigente que provoca náuseas, vómitos y dolor torácico, con marcada adinamia. En los días que siguen se declara un proceso bronconeumónico que evoluciona desfavorablemente con curva febril elevada, escasa expectoración, disnea intensa y gran postración. En dos ocasiones se presenta abundante vómica fétida y negruzca. La autopsia comprueba el diagnóstico clínico de absceso y gangrena pulmonar.

Caso 65. Mujer, de 15 años, pícnica. En el curso del tratamiento de esta enferma sólo se observa ataques epileptiformes, 17 en total, en distintos días, de duración media de 48" y de intensidad variable, 5 antes del coma y 12 en pleno estado comatoso.

Caso 66. Mujer, de 15 años, constitución normotípica. Durante el tratamiento en este caso se presentan 9 ataques epileptiformes, 3 antes del coma y 6 en pleno estado comatoso, en distintos días de la cura.

Caso 67. Mujer, de 35 años, pícnica. Los días 20º y 26º de insulina se presentan vómitos biliosos al interrumpir el estado hipoglicémico. El tratamiento se interrumpe el 98º día por presentarse un cuadro febril que es diagnosticado como gripe. Los días 105º y 109º se desencadenan ataques epileptiformes, ambos en estado comatoso profundo. Al final del tratamiento se presentan manifestaciones de síndrome pelagroide y trastornos gastrointestinales seguidos de notable deshidratación y adinamia marcada.

Caso 68. Mujer, de 24 años, constitución normotípica. El 5º día de insulina: al interrumpir el precoma, se presenta ataxia locomotriz y disartria. El día 12º aparecen síntomas de gripe; el 14º se repiten los trastornos beri-beroides del 5o. día. El 18º coma profundo con fases de respiración de tipo Cheyne Stockes; el 34º: en la tarde de este día se presenta escalofrío intenso, fiebre y trastornos gastrointestinales (vómitos biliosos y alimenticios seguidos de diarrea), cuadro que continúa con intermitencias hasta el 38º día de insulina. El 41º: aparecen nuevamente los trastornos gastrointestinales. El 56º: coma prolongado con gran agitación psicomotriz, y fiebre durante dos días; el coma agripnoide se prolonga cuatro días poniendo en peligro la vida de la enferma; al 5º día despierta, no puede articular palabra, la marcha es imposible, hay incontinencia vesical. El 59º día se instalan por tercera vez los trastornos gastrointestinales. Posteriormente se presentan 2 ataques epileptiformes, en estado de coma. A partir del 70º: forunculosis y escabiosis infectada.

Caso 69. Mujer, de 16 años, leptosómica. El tratamiento en este caso se desenvuelve normalmente hasta el 41º día de insulina, en que se descubre lesiones de escabiosis infectada.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Caso 70. Hombre, de 20 años, constitución normotipica. En este caso se presentan 7 ataques epileptiformes : 3 antes del coma y 4 después; los primeros de duración media de 50", se desarrollan los días 24º, 27º y 53º; los segundos aparecen en pleno estado comatoso, tienen 46" de duración media y se presentan los días 35º, 41º, 48º y 69º de insulina.

Caso 71. Hombre, de 29 años, constitución normotípica. En el curso del tratamiento de este enfermo se presentan 5 ataques epileptiformes, cuya duración media es de 48", que se agrupan en esta forma: 2 antes de producirse el coma (los días 47º y 58º de insulina) y 3 en el curso del estado comatoso de los días 35º, 42º y 63º de insulina.

Caso 72. Mujer, de 14 años, leptosómica. El tratamiento en este caso es particularmente interesante por presentar en dos ocasiones **status epilepticus** de corta duración; en efecto : el día 23º de insulina se presenta un coma prolongado de 5 horas de duración, agravado en los últimos momentos por la sucesión de 6 crisis convulsivas; la segunda fase de ataques epileptiformes subintrantes se presenta el 26º día de insulina, igualmente en el curso de un coma prolongado durante 6 horas; en esta oportunidad se suceden 10 crisis convulsivas.

Caso 73. Mujer, de 22 años, picnica. Las complicaciones que se observa en el curso del tratamiento de esta enferma son las siguientes : 17º día de insulina : se presenta violento ataque epileptiforme de 52" de duración, antes del coma. El 18º día la paciente despierta con ataxia locomotriz, disartria y dolor muscular intenso, este cuadro se repite en tres ocasiones y desaparece pocos minutos más tarde.

Caso 75. Hombre, de 31 años, leptosómico. En diversas ocasiones durante el tratamiento de este enfermo se presentan trastornos gastrointestinales caracterizados por vómitos biliosos y alimenticios y diarrea, que desaparecen después de la medicación correspondiente y algunos días de reposo; los trastornos señalados se repiten el 70º día de insulina y se agravan en los días siguientes. El día 73º, habiendo desaparecido ya el cuadro gastrointestinal, se instala un proceso febril acompañado de tos y dolor torácico que en los días siguientes se declara como bronconeumonía; el estado del paciente se agrava rápidamente y 22 días después de la aparición de la intercurrencia se produce el fallecimiento del paciente.

Caso 76. Hombre, de 36 años, constitución normotípica. El tratamiento de este paciente consta de dos fases, por recidiva después de 3 meses de la remisión lograda con la primera. En ésta sólo se observa crisis de apnea prolongada y respiración de tipo Cheyne-Stockes, que obligan la interrupción rápida del estado comatoso, el 8º día de insulina. En la segunda fase del tratamiento se anota : a partir del 49º día de insulina, febrículas vespertinas, anorexia, insomnio, malestar general y dolor torácico; se interrumpe el tratamiento, el estado del paciente no mejora con la medicación instituída. Una semana más tarde el decaimiento y el desmedro físico son notables, la curva febril continua, la tos exigente y la expectoración abundante. En los días que siguen el estado se agrava, la desnutrición es marcada y la disnea intensa, la expectoración fétida y negruzca. El paciente fallece a los 32 días de terminado el tratamiento. La autopsia confirma el diagnóstico de gangrena pulmonar.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Caso 77. Hombre, de 46 años, leptosómico. El tratamiento en este caso presenta las siguientes complicaciones: el 6º día de insulina: después de la hipoglicemia el paciente está decaído, con malestar general, dolor epigástrico y diarrea; se hace el diagnóstico de disentería amebiana, lo que interrumpe el tratamiento en los días siguientes hasta lograr el restablecimiento al cabo de la tercera semana. Al finalizar la cura insulínica se repite, aunque menos intenso, el cuadro disentérico. Pocos días después se presenta gripe.

Caso 78. Hombre, de 34 años, leptosómico. En el curso del tratamiento de este enfermo se presentan 6 ataques epileptiformes, cuya duración media es de 55", que se agrupan en la siguiente forma: 2 en estado de precoma (los días 24º y 32º) y 4 en estado comatoso (los días 20º, 35º, 41º y 46º de insulina). Más tarde se instala un cuadro febril, con exacerbaciones vespertinas, escabiosis generalizada y síntomas gripales.

Caso 79. Hombre, de 25 años, constitución normotípica. En este caso el tratamiento consta de dos fases por recidiva después de la remisión social lograda con la primera. En la segunda se presentan 4 ataques epileptiformes, cuya duración media es de 50", en el curso del precoma (los días 10º, 17º, 32º y 33º de insulina) y 5 en estado comatoso, cuya duración media es de 53" (los días 20º, 27º, 31º, 44º y 62º de insulina).

Caso 80. Hombre, de 35 años, leptosómico. Presenta 2 ataques epileptiformes, de duración media de 48", en el curso de comas profundos (los días 36º y 40º de insulina). El día 25º: malestar general, náuseas, vómitos biliosos y diarrea, cuadro que lleva a la enferma a un estado de adinamia marcada y gran deshidratación y desaparece 10 días después. El día 32º: trastornos pasajeros de la marcha y de la palabra, que se repiten en cuatro ocasiones.

Caso 81. Mujer, de 18 años, pícnica. El tratamiento de esta paciente ofrece las siguientes complicaciones: espasmo de la glotis, que obliga la interrupción del coma, el 21º día de insulina; el 40º, coma profundo y prolongado, la paciente despierta decaída, con náuseas, vómitos y sensación vertiginosa. Más serio es el trastorno del 55º día: al reaccionar del coma, presenta vómitos biliosos primero y después hematemesis. A partir de este accidente, en diversas ocasiones es preciso dejar varios días de reposo por presentarse vómitos alimenticios fétidos, de color obscuro. Además, el día 68º se presentan trastornos gastrointestinales agudos de corta duración y cuatro días después, un síndrome disentérico.

Caso 82. Hombre, de 74 años, pícnico El 20º día de insulina se produce el primer coma, con trastornos cardíacos pasajeros; el día 21º, coma profundo, se repiten los trastornos cardíacos: bradicardia, arritmia extrasistólica y cianosis; a las 7 p.m. de este día se repite bruscamente el estado comatoso, el cual se prolonga hasta el día siguiente; durante las primeras horas de este coma tardío se suceden a cortos intervalos crisis de convulsiones tónicas fugaces seguidas de movimientos incoordinados de los miembros, mioclonias generalizadas, estrabismo y arritmia cardíaca; en el transcurso de dos horas se presentan además cinco violentos ataques epileptiformes. Al tercer día el paciente empieza a recobrar el conocimiento, pero casi simultáneamente con esta mejo-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ría se instalan trastornos del aparato respiratorio: tos, estertores bronquiales en ambos campos pulmonares y focos de condensación del parénquima; se trata de un proceso bronconeumónico que pronto se complica con gangrena pulmonar, de cuyas consecuencias fallece el enfermo, a los ocho días de la aparición de la intercurrencia.

Caso 83. Mujer, de 32 años, constitución normotípica. Al finalizar el tratamiento presenta escabiosis infectada y brotes de porofoliculitis.

Caso 84. Hombre, de 28 años, leptosómico. La complicación del tratamiento en este caso se refiere a la aparición de trastornos gastrointestinales agudos, a partir del 33° día de insulina: se trata de vómitos biliosos y diarrea que persisten hasta el tercer día; aunque con menor intensidad, el cuadro se repite el 35° día de insulina.

Caso 85. Mujer, de 18 años, leptosómica. En este caso se presenta: paludismo, a partir del 18° día de insulina; violento ataque epileptiforme con luxación del maxilar inferior, en el curso del coma profundo del 28° día; crisis de apnea prolongada y respiración de tipo Cheyne-Stockes, durante el coma del 36° día de insulina.

Caso 86. Hombre, de 19 años, leptosómico. Durante el tratamiento de este paciente se presentan ataques epileptiformes en el curso del coma (los días 52° y 53° de insulina). Al final del tratamiento el enfermo presenta un cuadro de faringitis aguda.

Caso 88. Hombre, de 22 años, pícnico. El tratamiento de este paciente consta de dos fases: con la primera, sin incidentes, se consigue mejoría; en la segunda fase se presentan 13 ataques epileptiformes, de duración media de 42", todos en el curso de comas, en distintos días del tratamiento.

Caso 89. Mujer, de 23 años, constitución normotípica. El tratamiento se realiza sin accidentes hasta el 23° día de insulina, en que la enferma presenta vómitos alimenticios y biliosos, diarrea, malestar general y por la noche elevación de la temperatura hasta 38°; este cuadro desaparece dos días más tarde y se repite, aunque con menor intensidad, al reiniciar la cura insulínica.

Caso 92. Mujer, de 34 años, constitución normotípica. Durante el tratamiento de esta enferma se presentan dos ataques epileptiformes: el primero, de gran violencia, dura 60" y aparece antes del coma del 8° día de insulina; el segundo, de 40" de duración, se presenta en el coma profundo del 44° día de insulina.

Caso 93. Mujer, de 40 años, pícnica. Marcada susceptibilidad al tratamiento desde las primeras dosis. En efecto, el 4° día, con 40 u., se obtiene coma profundo, durante el cual se presentan espasmo de la glotis, incontinencia vesical y reflejos patológicos; a las 11 a.m., después de la administración de glucosa, aparece hipotensión arterial crisis de apnea y acrocianosis; a las 12 m. continúa el coma en iguales condiciones; una hora después la cianosis es marcada, la respiración de tipo Cheyne-Stockes, hay hipotonía y elevación de la temperatura; a las 6 a.m. del día siguiente continúa el coma, aparece disnea, congestión conjuntival, midriasis y rigidez pupilar, la fiebre se eleva a 38°; en

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

la tarde de este día la sintomatología es menos alarmante y a las 11 de la noche la enferma muy lentamente empieza a conectarse con el exterior; 18 días de descanso y se reanuda el tratamiento. Las dosis de insulina siguientes son menores lo cual no impide la repetición del coma prolongado, durante 5 días; aunque con síntomas menos alarmantes, por séptima vez se presenta el coma prolongado el 12º día, en que aparecen, en los minutos que siguen a la interrupción del estado comatoso, ataxia locomotriz, afasia y disartria pasajeras.

Caso 94. Mujer, de 30 años, leptosómica. El 4º día de insulina, en medio de pequeñas manifestaciones hipoglicémicas, se presenta un violento ataque epileptiforme, de 50" de duración; el 8º, coma prolongado durante 5 horas. El día 12º, la enferma despierta del coma con ataxia locomotriz y disartria, alteraciones que desaparecen media hora más tarde; estas manifestaciones se repiten los días 15º y 16º. El 17º se presenta otro ataque epileptiforme, antes del coma, y continúan los trastornos de la marcha y de la palabra, se nota ligera desviación de la comisura labial hacia la izquierda. El 20º, ataque epileptiforme en estado de coma, continúan los trastornos beri-beroides y aparecen brotes de piodermitis en los miembros inferiores. Las crisis convulsivas se repiten antes del coma (el día 46º) y durante su desarrollo (los días 63º y 80º de insulina).

Caso 95. Mujer, de 33 años, constitución normotípica. La única complicación del tratamiento en este caso se refiere a la aparición de lesiones de escabiosis y forunculosis, a partir del 20º día de insulina.

Caso 96. Mujer, de 26 años, constitución pícnica. Al día siguiente de la 3a. iny. de insulina se instala un cuadro febril debido a amigdalitis aguda, que evoluciona en 8 días hacia la formación de un absceso amigdaliano. Practicado el drenaje correspondiente desaparece el cuadro y se reanuda el tratamiento. Con las 8 iny. siguientes se había obtenido apenas cuatro comas, de mediana intensidad, cuando sucede el accidente que pone término a la vida de la enferma. Al interrumpir el último coma mediante la administración de solución de glucosa por vía nasal, se presentan crisis de apnea y la enferma arroja abundante cantidad de líquido espumoso por boca y nariz; a partir de este momento la respiración se hace superficial, rápida e irregular, hay taquicardia y arritmia; continúa el coma, la palidez es notable, el pulso es débil; una hora más tarde el estado se agrava con hipotermia y cianosis marcada. A las 3 horas del accidente muere la enferma. El protocolo de la autopsia concluye que se trata de edema agudo del pulmón. Sin embargo, es posible que este desenlace se debiera a "una falla de la técnica en la aplicación de la sonda nasal".

CONCLUSIONES

1ª El tratamiento insulínico de 96 casos de esquizofrenia presenta complicaciones en el 80% de los casos.

2ª Las complicaciones de gravedad y que con mucha frecuencia coexisten o alternan en el curso del tratamiento de un mismo

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

paciente, son las siguientes : coma prolongado (21%), trastornos respiratorios y circulatorios (14%), espasmo de la glotis (6.25%).

3ª Los trastornos gástricos y gastrointestinales se presentan en el 22% de los casos, se repiten durante la cura y obligan a interrumpirla frecuentemente.

4ª Se ha observado también la aparición de complicaciones por carencia, bajo la forma de síndrome beriberoide (5%) y manifestaciones pelagroides (4%).

5ª Con el tratamiento insulínico se producen activaciones de tuberculosis latente (en dos casos), episodios febriles efímeros y, más raramente, amigdalitis y faringitis agudas y trastornos hepáticos.

6ª Las complicaciones por enfermedades intercurrentes (gripe, disentería amebiana, paludismo, bronconeumonía) se presentan en el 22% de los casos y en ocasiones favorecen el proceso curativo en marcha.

7ª Las enfermedades de la piel (escabiosis— generalmente infectada—, forunculosis y piodermitis) se presentan en el 24% de los casos y su aparición corresponde a la segunda mitad del tratamiento.

8ª Los ataques epileptiformes se presentan en el 48% de los casos y en ocasiones son tan violentos que producen en dos casos luxación (en uno del maxilar inferior, en otro tibio-tarsiana) y en uno fractura del húmero.

9ª La frecuencia de los ataques en cada caso es muy variable —desde uno, lo más común, hasta 17 en un caso—y es mayor en los sujetos de constitución pícnica.

10ª En cuatro casos se presenta la complicación de **status epilepticus.**

11ª Los ataques epileptiformes no influyen favorablemente el resultado del tratamiento.

12ª Las complicaciones más graves en los casos estudiados son las del aparato respiratorio—bronconeumonía, absceso y gangrena pulmonares—, que producen el 5.2% de mortalidad.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

NOTICIA DE LIBROS

Actas de la Segunda Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas.—Un volumen de 1,096 páginas, con 39 láminas fuera de texto.—Lima, 1939.

Está en circulación el Tomo I de las Actas de la Segunda Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas, de las que dimos cuenta oportunamente en esta Revista, publicado por la Comisión Organizadora. Contiene la nómina de los ponentes y de los miembros adherentes del país y del extranjero y, en detalle, las ponencias oficiales. El resumen de estas ponencias ha sido publicado en el N° 2 de esta revista, página 290. El segundo tomo se publicará en breve y será enviado en igual forma que el presente, a cada uno de los miembros adherentes.

Jorge Lazarte.

LUCIANO ABEILLE : **Etapas de la Vida Medical del Doctor Juan Madera, Prócer de Mayo.**— Un volumen en 8°, de 413 páginas, con 53 grabados.—Talleres Gráficos de Guillermo Kraft Ltda., Buenos Aires, 1939.

Esta obra está dedicada a la memoria del Doctor Juan Madera y en ella se encuentra una serie de documentos de valor histórico que dan a conocer las actividades de este prócer de la independencia argentina, que a la vez fué Primer Cirujano del Ejército Auxiliador del Alto Perú, Primer Profesor de Materia Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y desempeñó altos cargos en la administración pública de su país.

León Mejía.

L. G. CORNEJO y C. A. MAZEIRA : **Educabilidad difícil y delincuencia en Arequipa.**—Un volumen en 8°, de 438 páginas.— Tipografía Cuadros, Arequipa, Perú, 1938.

Este volumen está formado por una serie de trabajos llevados a cabo en la cátedra de Criminología de la Universidad de Arequipa. Los autores en su laudable propósito de investigación científica enca-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ran el complejo problema de la delincuencia infantil, grave y trascendental de la vida contemporánea, estudian los factores biológicos que la generan o condicionan y analizan el fenómeno delictivo en sí. El estudio está basado en datos antropológicos y sociológicos, tomados de acuerdo con las modernas corrientes bio-criminológicas. Las observaciones clínicas así reunidas corresponden a ocho años de labor; comprenden: la procedencia, lugar de nacimiento y raza; constitución del hogar al que pertenecían; ocupación y estado de salud de los padres; las actividades u ocupaciones de los niños antes de ser detenidos; el grado de instrucción, el estado de la vivienda; las diversiones favoritas o espectáculos que mayormente frecuentaban; el dinero que ganaban en sus ocupaciones y el objeto en que lo invertían; las veces que por curiosidad e inclinación habían ingerido alcohol o usado tabaco; los juegos de azar que conocían; etc., etc. Esto completado por el examen de la sexualidad del menor y por el examen antropométrico para determinar los índices y la constitución biotipológica que les corresponde.

No dudamos que este libro, revelador de una entusiasta afición al estudio, en que se encuentran datos abundantes y de interés sobre el tema, será leído con indulgente complacencia por los especialistas.

J. O. T.

I. COSTERO y H. BERDET : **Estudio anatómico de 135 Tumores de la Hipófisis y del Tracto Hipofisario, con algunas consideraciones clínicas, histogénicas y fisiopatológicas.**— Un volumen en 8°, de 116 páginas, con 70 grabados.—México, 1939.

En esta monografía de la Sociedad Médica del Hospital General se hace el estudio de 135 tumores hipofisarios verdaderos, cuya estructura histológica por consiguiente corresponde a la del cuerpo pituitario. Las investigaciones anatomopatológicas que han llevado a cabo los autores están expuestas con claridad y método y han sido completadas con profusión de microfotografías. El orden de la exposición es el siguiente : antecedentes histofisiológicos, estudio anatómico de los tumores hipofisarios, su nomenclatura y clasificación; consideraciones clínicas, histogénesis de los gérmenes blastomatosos de la hipófisis y fisiopatología de los blastomas de la hipófisis. El estudio de esta Memoria, cuyo sumario presentamos sucintamente será de gran utilidad para el especialista.

León Mejía.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

GONCALVES FERNANDES : **O Folclore mágico do Nordeste.—** Un volumen en 16°, de 177 páginas, con 8 figuras.—Biblioteca de Divulgacao Científica, Rio de Janeiro, 1938.

En los últimos años, principalmente, gracias a la psicoanálisis el estudio de las primitivas creencias y costumbres ha reverdecido para la psiquiatría y ciencias afines, por la relación, muchas veces muy significada, entre los síntomas y aquéllas. El autor de este libro nos ofrece una animada y pintoresca descripción de los elementos mágicos que perviven en los pueblos brasileros nordestinos. Las fiestas fetichistas, la magia médica, los medicamentos populares, los dramas mitológicos, y otros elementos de la misma índole, que aun persisten en la vida social del negro sudamericano, son considerados en detalle — sin olvidar la poesía y la música que suelen acompañarlos—en diez sugestivos capítulos. La magia en último análisis es un sistema de símbolos que abarcan todas las expresiones de la vida. Preciosa y sustantiva es la observación de que en el negro del Brasil se reunen las creencias exóticas más heterogéneas formando un complejo sincretismo : el culto ethónico o de Anah, una venus babilónica, cultos mágicos acádicos derivados de la substitución de la teogonía solar acádica por el sistema lunar babilónico, el culto del fuego sagrado, y el valor de Aryas, el totemismo negro-africano, etc. También viejos mitos se incorporan a costumbres y creencias actuales y en el culto actual de las piedras insurge la superstición legendaria de las piedras encantadas. Este fenómeno del sincretismo de las creencias y costumbres debe ser algo muy esencial e ingénito del espíritu humano, tal vez crea nuevas expresiones culturales por asimilación, y fusión subsiguiente, de los rezagos de todo credo y procedencia. Así en el Perú, lo mismo que en Brasil, se observa en tantos ejemplos la fusión del primitivo paganismo con nuestra religión católica, como en el culto de las cruces de los cerros que revive el preincaico culto de la tierra y de los cerros. Tan evidente es esta amalgama de creencias que a André Maurois le fué posible, en simple atisbo de su breve estada en el Perú, apreciar las secretas relaciones—que también vislumbra el Dr. Goncalves Fernandes—entre la cruz y el culto fálico de la serpiente. ¿Son estos procesos de sincretismo de las creencias y costumbres actuales formas de desplazamiento y condensación del inconsciente colectivo?

C. G. N.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

JUAN B. LASTRES : **Las enfermedades nerviosas en el coloniaje. —** Un volumen en 8°, de 173 páginas, con 15 figuras.—Empresa Editorial Rímac, Lima, 1938.

En este documentado e interesante libro el autor estudio, en sus más variados aspectos, las enfermedades nerviosas durante la época colonial del Perú. En primer lugar se ocupa del ambiente médico-social de la Colonia, con apreciaciones sobre la raza y el mestizaje, señalando en relación a estos últimos factores, la etiología de las enfermedades (alcoholismo, daturismo, higiene. sífilis, traumas psíquicos, físicos y bilinguismo). Capítulos especiales son dedicados a las apoplejías, encéfalo-mielitis, parálisis, convulsiones, endocrinopatías, alteraciones constituciones y sensoriales, etc. Finalmente, consagra un capítulo al estudio del folk-lore y otro al de los tratamientos empleados entonces. El vasto contenido de la obra, que se puede juzgar por la enumeración de los principales capítulos que acabamos de señalar. nos indica por sí mismo, sin que sea indispensable mayor comentario, su significación y alcance; en este libro el estudioso de la historia médica del Perú encontrará simpre un conjunto de datos útiles y un medio auxiliar de futuras investigaciones. La obra del Dr. Lastres representa un esfuerzo de ordenación y crítica de datos hasta ahora dispersos, lo cual ha reclamado, indudablemente, un largo y paciente estudio de las fuentes originales con la consiguiente sistematización.

C. G. N.

AXEL V. NEEL : **The content of cells and proteins in the normal cerebro-spinal fluid.**—Un volumen en 8°, de 141 páginas.—Levin & Munksgaard, Copenhague, 1939. Precio : 9 Coronas danesas.

Todavía no se ha llegado a un acuerdo completo sobre el número exacto de células y sobre la tasa precisa de las albúminas contenidas en el L. C. R. normal. Lo mismo se puede decir sobre los otros constituyentes que diariamente se analizan en la compleja semiología del líquido cerebro-espinal. Claro está que las diferencias entre las cifras aceptadas como normales por autores diferentes son relativamente pequeñas, pero es necesario eliminar esas divergencias y llegar a cifras de gran exactitud. El propósito del autor, el conocido patólogo del Laboratorio de la Clínica Psiquiátrica de Copenhague, Axel V. Neel, es precisamente el de fijar esos límites de variación. La opinión de este especialista, dedicado a investigar este punto desde hace más de 20 años, tiene pues la gran autoridad que se le reconoce. Se-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

gún el autor, las cifras de células y albúminas normales del L.C.R. son mucho más bajas de lo que generalmente se admite. (Los autores germanos y sajones siempre daban cifras más altas que los franceses). Insiste aún el autor sobre la necesidad de investigar además de las variaciones cuantitativas acostumbradas, las variaciones cualitativas, mucho más delicadas de apreciar, pero igualmente útiles para el diagnóstico de las afecciones nerviosas y mentales.

La lectura de este libro será valiosa a todos los especialistas que encontrarán, además de una exposición histórica y crítica del problema, una serie de cuadros y escalas comparativas de suma utilidad. E interesa sobre todo a los investigadores de Laboratorio por sus datos y normas depurados. Una bibliografía densa y escogida termina la obra.

J. O. T.

LEONIDIO RIBEIRO : **Dáctilo-Diagnose (Contribuicao da Medicina Legal para a Propedeutica Médica).**—Un volumen en 8º, de 108 páginas, con 128 grabados.— Imprensa Nacional, Rio de Janeiro, 1939.

En esta importante tesis para el concurso de la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad Nacional de Medicina de la Universidad del Brasil, el Prof. Ribeiro presenta una serie de documentos que demuestran que es el primer investigador en su país que en forma verdaderamente científica ha abordado el estudio de la variabilidad de las impresiones digitales, ocasionada por procesos patológicos y traumáticos. Con esto la dactiloscopía pierde en algo su importancia desde el punto de vista de la medicina legal, particularmente en los casos de graves y definitivas alteraciones que hacen imposible la identificación personal por este método. En cambio, el autor orienta sus investigaciones hacia el vasto campo de la clínica, hallando en las modificaciones, transitorias o definitivas, de las huellas digitales un medio semiológico de gran importancia para establecer el diagnóstico de ciertos procesos patológicos, locales o generales, y traumatismos. Sus verificaciones son numerosas en casos de lepra, radiodermitis, esclerodermia etc. Tratándose de la lepra, el estudio de las deformaciones de las huellas digitales es también de gran importancia, desde el punto de vista epidemiológico, para localizar un foco ignorado de contagio y, en los casos de enfermedad ya establecida, para determinar aproximadamente la fecha de instalación del cuadro mórbido y seguir la evolución y los resultados del tratamiento.

León Mejía.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA DE REVISTAS

ANNALES D'OCULISTIQUE, 1939, Nº 3.

G. E. JAYLE : **"Contribution a l'étude des spasmes acquis du releveur de la paupiére supérieure"** (Contribución al estudio de los espasmos adquiridos del elevador del párpado superior).—En este artículo que va documentado con diversas fotografías muy demostrativas, el A. estudia los caracteres clínicos de los espasmos permanentes e intermitentes, monoculares o binoculares, que afectan al elevador del párpado superior, de los cuales ha tenido oportunidad de observar varios casos que ha publicado sucesivamente. Dedica atención especial al estudio de la naturaleza y caracteres de los síntomas que los acompañan, señalando en el caso de los espasmos permanentes, parálisis oculo motrices, midriasis, reacción perezosa de la pupila a la luz, exoftalmía y transtornos vestibulares. En los espasmos intermitentes, de fijación o sincinéticos, los signos asociados se reducen a una limitación de los movimientos del globo ocular, por compromiso de los músculos rectos superior e inferior. El A. se inclina a creer que la mayor parte de los espasmos intermitentes son secundarios a lesiones análogas a las que producen los espasmos permanentes, cuyo asiento parece hallarse en lugar cercano al núcleo del elevador del párpado, coexistiendo tal vez con cierto grado de afección del núcleo del III par, que explicaría la paresia ocular asociada, pero sin confundir la naturaleza diferente de las dos lesiones. Es también posible, aunque mucho menos probable, que ciertos espasmos intermitentes sean de origen periférico. En cuanto a los espasmos a báscula, deduce de la observación de un caso que ha estudiado conjuntamente con Farnarier, que no se acompañan de lesión neurológica general y que las pruebas vestibulares son normales, atribuyendo su patogenia a lesión supranuclear, coexistente con asociaciones funcionales anormales del núcleo del elevador. Concluye señalando que existe parentesco estrecho entre los espasmos permanentes y sincinéticos de la musculatura estriada del elevador, que se asocian a síntomas semejantes y tienen patogenia comparable. El diagnóstico diferencial con los espasmos de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tipo simpático o indeterminado es posible porque estos se acompañan de exoftalmía, asientan de preferencia en el párpado inferior y se presentan en ausencia de signos de afección focal del sistema nervioso central. **Jorge Lazarte A.**

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES, 1939, t. II, Nº 4.

HONORIO DELGADO et J. O. TRELLES : **La Psychiatrie dans l'Amérique du Sud** (La psiquiatría en la América del Sur).—El artículo de los Profesores Delgado y Trelles forma parte de una serie de publicaciones, que los Annales Médico-psychocologiques consagran a una encuesta internacional, sobre las tendencias de la psiquiatría contemporánea. En las bien documentadas páginas de los autores encontramos un minucioso estudio sobre la evolución y los progresos de la psiquiatría en América del Sur, importantes sobre todo en los últimos años. Aunque los países sudamericanos presentan grandes semejanzas y su evolución se ha realizado con un ritmo análogo, no deja sin embargo de ser verdad que también existen grandes diferencias, sobre todo en lo que se refiere a las condiciones de vida y a la densidad de población, lo que impide dar una vista de conjunto. La asistencia de los alienados originalmente realizada en las instituciones religiosas y en las loquerías, se ha ido perfeccionando de par y bajo la influencia de los progresos que esta rama de la medicina alcanzaba en Europa. Sin embargo el grado de cultura psiquiátrica alcanzado en América del Sur es diferente según los países que se consideren, si bien algunos se han colocado al nivel de los centros más adelantados, en otros la asistencia de los alienados presenta aun cierto retraso. Además en un país considerado la difusión de la organización psiquiátrica no es uniforme, no existe paralelismo entre los establecimientos de la capital y las grandes ciudades, con aquellos del interior. La estructura geográfica, la dificultad en el establecimiento de vías de comunicación explican en muchos casos el hecho de que la asistencia a los enfermos mentales se halle concentrada sobre todo en la capital. Sin embargo, aun en las naciones más adelantadas la asistencia a los alienados no ha alcanzado la proporción de dos hospitalizados por mil habitantes, cifra que se admite como media en los países que marchan a la vanguardia en la asistencia de los enfermos mentales. En la mayor parte de los países faltan aun establecimientos de atención, los que existen se encuentran la mayor parte del tiempo atestados con un excesivo número de pacientes. No obstante, en todo el continente se desarrolla en forma ininterrumpida un plan de asisten-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

cia destinado a borrar las deficiencias actuales. Asimismo la higiene mental toma cada vez mayor importancia en las actividades de la psiquiatría sudamericana y comienza a merecer la atención de los círculos oficiales. En forma breve, sin embargo completa, es indicada la evolución y el grado de adelanto de la psiquiatría en cada uno de los países de la América del Sur, examinado aisladamente. Se considera la historia de la asistencia de los alienados, los caracteres de la enseñanza, la población de alienados, en fin, el nivel que ha alcanzado la higiene mental. En sus conclusiones los autores consideran la evolución moderna de la psiquiatría universal y comparan el desarrollo paralelo que sigue la psiquiatría en nuestro continente.

Mario Méndez.

ARQUIVOS DO SERVICO DE ASSISTENCIA A PSICOPATAS DO ESTADO DE SAO PAULO, 1938, Nº 3-4.

JOAO BAPTISTA DOS REIS y JULIO DE ANDRADE SILVA Jr. : **"Estudos comparativos entre os liquidos obtidos por puncoes sub-occipitais e lombares em neuro-luéticos"** (Estudios comparativos entre los líquidos obtenidos por punciones sub-occipitales y lumbares en neuroluéticos).—Los A.A. comentan un trabajo anterior de Guillain y Mollaret, sobre este tema, calificando de exageradas sus conclusiones que atribuyen demasiada peligrosidad a la punción sub-occipital. — Dos Reis y Andrade Silva practican sistemáticamente esta punción en el Hospital de Juquerí sin tener que lamentar accidente serio alguno. Sus conclusiones, respecto de los estudios comparativos entre líquidos obtenidos por punciones alta y baja, se basan en la observación de 30 paralíticos generales, en cada uno de los cuales han verificado punciones lumbar, sub-occipital echado y sub-occipital sentado, obteniendo en cada vez 10 c.c. de líquido. Afirman que la sub-occipital practicada con los cuidados de técnica habituales, no ofrece peligro para el paciente y tiene ventaja sobre la lumbar por no ser seguida de accidentes secundarios desagradables. Los líquidos obtenidos en uno y otro caso son diferentes y esta diferencia es particularmente nítida si se toma como punto de referencia la tasa de proteínas que se encuentra más elevada en el líquido bajo; el líquido lumbar presenta también mayor número de células por milímetro cúbico y, en la fórmula citológica, predominan los polinucleares en el líquido cisternal, tal vez por encontrarse más cerca del proceso inflamatorio. No hay diferencia apreciable en cambio, entre los líquidos cisternales de sentado y de echado, debiendo preferirse esta última posición porque ofrece

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

mayor comodidad para el paciente. Resumen sus observaciones en cuadros muy explicativos y adjuntan nutrida bibliografía.

Jorge Lazarte A.

CULTURA MEDICA, 1939, N° 1.

J. MOREIRA DA FONSECA : **"Astenia suprarenal"** (Astenia suprarrenal).—El Prof. Moreira da Fonseca sustenta desde el año 1913 la hipótesis de que la astenia suprarrenal obedece a una insuficiencia total de la glándula correspondiente, en la cual están venidas a menos tanto la función antitóxica de la córtico-suprarrenal como la del sistema cromafín. En el presente trabajo, después de una serie de consideraciones fisiológicas acerca del papel de la adrenalina en el mantenimiento del tono de la fibra muscular estriada, recalcando la hiperadrenalinemia condicionada por el trabajo muscular intenso y el agotamiento del sistema cromafín en los casos de fatiga extrema, el autor se refiere a los resultados experimentales obtenidos por diversos investigadores sobre el particular y analiza las teorías que tratan de explicar el modo de acción de los venenos curarizantes, aceptando como la más exacta la interpretación de Lapicque. Cuando por una causa endógena o exógena el isocronismo neuro-muscular está alterado, la adrenalina actúa acelerando la rapidez de la excitabilidad de la fibra muscular, es decir hace posible la respuesta del músculo al impulso nervioso oponiéndose al hipocronismo de aquél. Después de estas consideraciones, el autor se ocupa de la astenia en los diversos síndromes de insuficiencia suprarrenal.

León Mejía.

FORSCHUNGEN UND FORTSCHRITTE, 1939, N° 23-24.

FRIEDRICH ALVERDES : **"Die Bedeutung der Begriffe Finalitaet, Zweckmaessigkeit und Sinn innerhalb der Biologie"** (La significación de los conceptos de finalidad, congruencia y sentido en biología). —El investigador debe preocuparse de la precisión tanto de sus dispositivos experimentales cuanto de los instrumentos verbales que emplea. Estos últimos, los conceptos científicos, a menudo tienen significaciones múltiples. Sin manifestar en qué sentido se emplea los términos, la exposición resulta ambigua. Muchas discusiones estériles se deben a semejante falta de precisión. En biología se emplea una serie de términos que algunos sabios confunden equivocadamente y otros repudian como no científicos, como congruencia, finalidad, sentido etc. Por congruencia debe entenderse lo que se refiere a la conservación

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

y fomento del individuo, la raza y la especie, de manera objetiva y absoluta. Se dice también que es congruente lo conforme a un fin, sin considerar si ese fin tiene un valor positivo o negativo o si puede ser indiferente. El concepto opuesto es incongruencia, que en todo caso implica valoración negativa. Finalidad significa enderezamiento de los procesos vitales hacia una realización en el futuro. No se trata de alcanzar estados definitivos ni metas firmes, pues la vida es dinámica y no estática. Todo individuo durante toda su vida tiene manifestaciones finalistas. En otro tiempo se creyó que la finalidad es propia sólo de la esfera psíquica (cuando se confundía toda la actividad mental con la consciente); hoy nadie puede dudar de que la finalidad se verifica tanto en los actos conscientes cuanto en los subconscientes y los meramente corporales (como el desarrollo de los gérmenes y todo fenómeno de regulación orgánica). La palabra sentido tiene dos significados en biología: "subjetivo", o sea correspondiente a la finalidad de la prosecución del ser vivo, que puede concordar o no con un logro positivo de la especie, esto es, puede tener o no sentido "objetivo". Un ejemplo pone en claro las dos significaciones: en las hormigas que cultivan huéspedes el sentido subjetivo de tal actividad social es el placer que les reporta consumir el exudado de esos animales; semejante práctica puede tener por consecuencia la muerte de la colonia de hormigas por descuido de la prole propia — esto es, un contrasentido objetivo. La finalidad y el sentido no sólo se manifiestan en el desarrollo y la actividad del individuo sino en la evolución filogenética. Así, la serie de formas animales que han precedido al caballo muestra una finalidad cuyo sentido en lo que se refiere a las extremidades es el cambio que va de varios dedos hacia el dedo único del casco. Adaptación es otro término importante en biología; corresponde al acomodo o reacción a nuevas condiciones. No se debe confundir con congruencia ni con finalidad, ya que la adaptación tanto puede ser favorable como perniciosa para los seres vivos. Algunos cultores de la biología impugnan el uso de todos estos términos, considerando que sólo es objetivo el concepto de causalidad. Empero, la crítica muestra que tan subjetivo es el concepto de causalidad en su aplicación concreta por parte del observador o experimentador como los otros términos. Además, el concepto de causalidad es ilusorio si se emplea — como acontece efectivamente — en el sentido de una determinación lineal de causa y efecto, desadvirtiendo la totalidad de factores que condicionan los fenómenos biológicos: en la vida todo obra en permanente integración. El conocimiento es inseparable de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

la naturaleza humana, por más que se multipliquen y afinen los juicios que constituyen la ciencia.

H. D.

INDEX, 1939, Nº 6.

ERIC GUTTMANN : **"Benzedrina. Efectos fisiológicos y psicológicos. Farmacología y Toxicología"** (Versión castellana de Emilio Mira y López).— En este trabajo el autor expone los resultados, en ocasiones contradictorios, que diversos investigadores han obtenido con el empleo de la benzedrina, citando al mismo tiempo los casos de su observación personal. El orden de la exposición es el siguiente : efectos de la droga en diversos órganos y aparatos (ojo, aparato respiratorio, tubo digestivo, aparato urogenital), en la fórmula sanguínea, presión arterial, metabolismo, sueño y mareo; efectos psicológicos : efectos mayores y efectos paradógicos sobre la actividad mental, el lenguaje hablado, la actividad motriz y la afectividad, efectos que probablemente están en relación con los tipos clínicos y las dosis empleadas. En seguida se refiere a los resultados terapéuticos, tan dispares y dudosos según los investigadores, en la esquizofrenia, psicosis orgánicas, neurastenia, psicastenia e hipocondría, y a los buenos efectos de la benzedrina en los casos de depresión ligera. Finalmente, se ocupa de lo relativo a la habituación, la farmacología y toxicología. El autor cree que los peligros de la terapéutica por el sulfato de benzedrina son "la manifestación o precipitación de las tendencias suicidas en la depresión, la puesta en marcha de síntomas esquizofrénicos en esquizofrénicos inactivos y el peligro de la habituación en las personalidades psicopáticas".

León Mejía.

MONATSSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE UND NEUROLOGIE, 1939, t. 101, Nos. 3 y 4.

GEORG ANASTASOPOULOS : **"Die Grundlagen des Wahnes bei den involutiven Geistesstoerungen"** (Los fundamentos de la delusión en las enfermedades mentales involutivas). — Es posible determinar hoy en buen número de casos la independencia de las psicosis preseniles respecto de la psicosis maníacodepresiva y la esquizofrenia. Hay la tendencia de aislar grupos especiales dentro de los desórdenes preseniles, siendo innegable la transición de uno a otro. En los casos que es posible una buena anamnesia o una observación anterior al comienzo de la psicosis se verifica cambios involutivos en la men-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

talidad previos a la psicosis, los mismos que persisten si remite la enfermedad presenil. Buena parte de las psicosis preseniles se presentan como episodios, que pueden repetirse. En lo que respecta a la herencia, A. ha verificado que una parte de los preseniles carece de tara homóloga; otra parte la tiene acentuada — sobre todo las psicosis paranoides que se manifiestan en el climaterio. Es ostensible la frecuencia de caracteres psicopáticos entre los familiares. No es raro que entre los antecedentes personales de los enfermos se consigne datos acerca de una psicosis ligera en la pubertad o la juventud, provocada por acontecimientos de orden amoroso, a menudo de tipo depresivo, rara vez paranoide. En lo tocante a la personalidad premórbida, una parte de los pacientes de A. mostraron haber sido de un carácter algo primitivo, no desarrollado. Algunos de niños fueron salvajes, indisciplinados, y después desconfiados o poco libres al hallarse en ambiente no habitual. En todos el estado de ánimo se caracterizó por ser muy influído por los acontecimientos externos. En la madurez se manifiesta en muchos escasa predisposición a las reacciones mórbidas. En general, las particularidades del carácter se atenúan cuanto más se aproximan los 30 años. Aun en casos cuya personalidad premórbida carece de manifestaciones histéricas, en la psicosis suelen presentarse éstas. Entre los preseniles paranoides son más frecuentes los solteros que los casados; lo contrario ocurre para los maníacos y depresivos. Es frecuente entre los antecedentes juveniles una situación grave, solucionada por acontecimientos ajenos a la opción del sujeto. La falta de matrimonio y de satisfacciones se deriva mayormente de la personalidad primitiva. Algunos llegan al matrimonio por influencia de la familia. Los cambios preseniles parecen condicionados por cierta debilidad endógena, a cuyos efectos se agregan los de otros factores. Las mujeres son más predispuestas que los hombres. En muchos casos de psicosis presenil paranoide en hombres se verifica el antecedente de abusos alcohólicos. En algunos de estos sujetos la psicosis comienza con anublamiento de la conciencia, a veces consecutivamente a una conmoción anímica, sin haber tenido antes una psicosis alcohólica. Algunas mujeres muestran un cambio de la personalidad a partir de un parto o de una psicosis puerperal. La arterioesclerosis no juega más papel que el de complicación eventual. Rara vez el cambio presenil, anterior al comienzo de la psicosis, es de tal magnitud que lo advierta la familia. En la mayoría de los casos este cambio consiste en una mengua de la aptitud para el trabajo, desagradable para el sujeto; falta de iniciativa y de espontaneidad, aban-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

dono de deberes, dificultad para lo no habitual y lo complejo. Hay que temer atrofia cerebral si se presenta un déficit considerable de las tendencias. Además, en el cambio presenil el tiempo presente absorbe en cierto modo el pasado, en el que se complace la imaginación, y el futuro, que es simplificado. Las causas ocasionales de la psicosis son el climaterio (con las oscilaciones de la presión arterial anexas), enfermedades corporales, traumatismos psíquicos o simples impresiones. Las impresiones pertenecen casi exclusivamente a cambios del medio familiar y de las condiciones habituales, que el sujeto vive íntimamente como algo tanto más indivisible y esencial cuanto más se aproxima al senium. Falla algo en esta regularidad y el sujeto experimenta la sensación de peligro y con ella las interpretaciones pesimistas. Así tenemos el punto de inserción del pensamiento delusional por discordancia entre los acontecimientos y la imagen rígida del mundo. En los preseniles se pierde la apreciación objetiva de las situaciones, la inquietud suscitada por el cambio del espacio vital provoca angustia y ésta da fundamento a las fantásticas ideas de peligro, ruina y destrucción propia o ajena. En los estados depresivos las ideas de persecución pueden no manifestarse en primer plano, pero no faltan nunca. En estados maníacos e hipomaníacos también el ambiente juega un papel importante, y sus situaciones provocan rechazo, agresividad, ideas de persecución. El suicidio — relacionado con las delusiones — es frecuente en los preseniles, a veces complicado con el impulso de poner término a la vida de alguien más o de toda la familia. En los paranoides las ideas de persecución y las de celos se relacionan asimismo con el ambiente — hay una especie de engranaje entre el mundo delusional y los acontecimientos circundantes, entre el espacio sensible y el espacio imperceptible del desvarío. A veces la perturbación de la conciencia hace vivir al paciente de manera exclusiva en el mundo delusional. Al hacerse crónica la psicosis paranoide se relaciona la experiencia mórbida con cambios del esquema corporal, presentándose entonces una aparente independencia entre el mundo delusional y el real. Por otra parte, en el cuerpo mismo se localizan las experiencias anormales, con diversos sentimientos. Naturalmente, la localización de estados psíquicos en partes del cuerpo se verifica también en los cuadros hipocondríacos. La actitud de los preseniles frente a los acontecimientos exteriores suele manifestarse con una propensión a observarlos buscando su significación; después las cosas se imponen por sí solas, incluso contra la voluntad del paciente; por último, la relación se invierte : el enfermo se siente obser-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

vado, escuchado, aludido, sujeto a la influencia o intención de lo inmediato y aun de lo remoto. En los casos que la psicosis anima lo inerte, fácilmente se producen interpretaciones fantásticas. El cambio de dirección de las intenciones ocurre igualmente respecto de las personas : el paciente primero presta atención o tiende a aproximarse a las personas, después se cree observado por los demás o cree que encaminan sus pasos hacia él; el sentimiento de amistad se trueca en enemistad etc. En los preseniles las sensaciones desagradables tienen una repercusión afectiva intensa y originan ilusiones y construcciones delusionales y alucinacionatorias. El pasado personal juega un gran papel en la constitución de las psicosis preseniles. El vacío que produce la cesantía, el encuentro casual de un antiguo enamorado, el contraste de lo que uno es en la actualidad con lo que fué o pudo ser o hacer, el mero recuerdo de mejores tiempos etc., son experiencias que, con los cambios del ambiente, desencadenan el pensamiento delusional o le ofrecen contenido. Si se produce un estado hipomaníaco, el pasado del sujeto se reactualiza en su mente, con actitudes y reacciones anacrónicas. Muy a menudo la melancolía de involución se inicia con una breve fase de hipomanía, no rara vez con exaltación del instinto sexual, sobre todo en las mujeres. El fundamento profundo puede ser el deseo de rejuvenecimiento corporal, acaso encubierto por preocupaciones hipocondríacas y manifiesto en forma de amores o matrimonios imaginarios y de celos o envidia frente a las personas jóvenes. En la melancolía de involución se reactualizan etapas ingratas de la vida, sobre todo de la madurez. Aunque puede haber sentimiento de culpa, en la involución la mente revive la experiencia ingrata directamente; no sucede, como en la verdadera melancolía, que el paciente sólo cree sufrir las consecuencias de la falta pasada. En las delusiones de los preseniles se muestra la incapacidad de pensar con conceptos abstractos : todo se expresa en formas concretas; inclusive el pensamiento se proyecta como percepción. Una paciente tiene esta expresión tipica : "No se puede establecer diferencia entre pensar, ver y oir". En la génesis de las alucinaciones juega un papel importante la atención al concentrarse de manera espectante. En resumen, según A., es común a todas las psicosis preseniles la tendencia primitiva a reaccionar harto indistintamente frente a los estímulos externos, poniéndose el sujeto en contacto con las cosas y ocupándose de ellas. Así, la actividad del presenil y su misma personalidad dependen más y más de las contingencias exteriores, al par que disminuye su aptitud para afrontar situaciones nuevas y compli-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

cadas. En las delusiones se expresa la respuesta inadecuada del yo a los estímulos del mundo exterior.

H. D.

NERVENARZT, 1939, Nº 9.

E. KÜPPERS : **"Die Krampfshockbehandlung des manisch-depressiven Irreseins"** (Tratamiento de la psicosis maníaco-depresiva por el shock convulsivo).— El resultado del tratamiento de la psicosis maníaco-depresiva con Cardiazol a dosis convulsiva, iniciado por Verstraeten, constituye una gran adquisición. De los 147 casos publicados por diversos autores (inclusive los 11 primeros de K.) 86 sanan y 43 mejoran, lo que equivale a un 88% de éxitos. K. ha tratado en total 14 enfermas (2 maníacas y 12 melancólicas), obteniendo remisión completa en 13 y mejoría en 1. El caso de mejoría es el único que tiene el diagnóstico de melancolía de involución. La duración de la enfermedad oscila entre ½ y 30 meses en los casos curados; el mejorado tiene 11 meses. El método seguido es el adicional : ataque provocado con Cardiazol en el estado de precoma o al principiar el coma hipoglicémico (al comienzo de la 4a. hora de insulina) : 3 veces por semana en los sujetos jóvenes y sólo 2 veces en los de edad. La duración del tratamiento oscila entre 26 y 97 días, no obstante que la curación se produce con muy pocos ataques : entre 2 y 8 solamente. La enferma con psicosis más antigua — dos años y medio — sana con 7 ataques epileptiformes, durando la cura 39 días en total. K. considera que el tratamiento adicional no sólo tiene la ventaja de evitar el miedo a las inyecciones de Cardiazol, sino que también influye por el efecto del coma, aunque reconoce que lo decisivo son los ataques. El método adicional tendría además otra ventaja : los ataques epileptiformes se producen en condiciones de debilitamiento de la energía motriz, con lo cual se reduce la posibilidad de complicaciones quirúrgicas, como luxaciones y fracturas. La curación con pocos ataques convulsivos es característica de la psicosis maníaco-depresiva. K. cree que cuando un paciente requiere más de 8 ataques para curar, con toda probabilidad no se trata de un caso puro de tal psicosis. Así el procedimiento terapéutico tendría a la vez valor como medio de diagnóstico diferencial. "La situación actual es que, junto con la parálisis general, todas las psicosis endógenas se han hecho terapéuticamente bien atacables. Por tanto, se puede sostener que el campo de la psiquiatría se cuenta hoy entre los más promisorios a la acción médica, mientras que antes era de los más ingratos".

H. D.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

NEUROBIOLOGIA, 1938, T. I, Nº 3

L. ROBALINHO CAVALCANTI : **"Aracnoidite cerebral difusa"** (Aracnoiditis cerebral difusa). — Refiere el caso de un sujeto de 30 años, judío polaco, que por razones profesionales sufre insolación y desarrolla un proceso de meningitis serosa, en cuya etiología considera el A. que ha jugado papel preponderante la exposición prolongada al sol. En las consideraciones que hace a continuación destaca la importancia del diagnóstico precoz que corresponde sobre todo al médico internista y al oftalmólogo, y aconseja la trepanación temporal descompresiva en los casos en que la hipertensión intensa crea el peligro de ceguera.

Jorge Lazarte A.

OSPEDALE PSICHIATRICO, 1939, Nº 2.

V. M. BUSCAINO, S. PLATANIA & G. FASNARO : **"Piretoterapia vaccinica (specifica e aspecifica) y chemoterapia delle psicosi schizofreniche e confusionali"** (Piroterapia vacunal (específica e inespecífica) y quimoterapia de la psicosis esquizofrénica y confusional). — En un análisis anterior hemos referido las investigaciones de los autores sobre el mismo tema. En esta serie de observaciones han tratado 54 enfermos (10 confusos y 44 esquizofrénicos) con un procedimiento adaptado a cada caso en particular, consistente en una piroterapia prolongada determinada por vacunas específicas e inespecíficas (sobre todo antitíficas y antiparatíficas), asociada o no — según los casos — con derganil (o parasuccinilaminofenilsulfamida) y con ácido nicotínico. Acerca de estos dos productos ofrecen los A. en el comienzo de su trabajo una substancial información sobre sus efectos sobre el metabolismo. A continuación se exponen excelentes cuadros sobre los resultados terapéuticos, en los cuales se establece el elevado porcentaje de 70% de remisiones en los dos grupos de psicosis antes mencionadas. Los porcentajes de curación son menos elevados en los esquizofrénicos que serológicamente reaccionan al Flexner y sobre todo al Shiga.

C. G. N.

PSYCHOANALYTIC QUARTERLY, 1939, Nº 1.

W. BISCHLER : **"Schopenhauer and Freud: A comparison"** (Schopenhauer y Freud : Una comparación). — Establece un paralelo el autor entre las teorías sobre el amor de Freud y Schopenhauer. El primero es monista y afirma que entre las más simples y sensuales

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

formas de amor y las más complejas y elevadas, como el amor platónico, sólo existen diferencias de grado o situación, pasándose de unas a otras por sutiles transiciones. En tales evoluciones del sentimiento amoroso tiene participación principal el proceso de sublimación. Para Schopenhauer entre las primitivas y espirituales formas de amor existe una diferencia absoluta, no sólo de grado sino también de naturaleza y origen. Sin embargo, no ofrece el filósofo una explicación acerca del origen de este último sentimiento, que en su concepción adquiere un carácter casi religioso, en oposición a Freud que en este particular es claramente determinista. Sin embargo, hay aspectos en que el creador de la psicoanálisis y el filósofo coinciden : ambos propugnan una concepción dinámica, energética y pesimista de la vida; ambos atribuyen la enfermedad al dominio de nuestros instintos egoístas y animales; ambos exaltan el amor creativo y sublimado. Pero difieren fundamentalmente en la creencia de un trascendental noumeno, o en una pura Idea platónica, muy cara y verídica para Schopenhauer, e irreal e ilusoria para Freud, para quien los valores estéticos y éticos provienen de fuentes instintivas. En consecuencia, el filósofo es uno de los grandes maestros del idealismo mientras que el gran psicoanalista tendrá que ser siempre considerado como uno de los más característicos y nombrados apóstoles del puro intelectualismo.

C. G. N.

PSYCHOANALYTIC REVIEW, 1939, Nº 3 y 4.

JULES MASSERMAN & EVA BALKEN : **"The Psychoanalytic and Psychiatric significance of phantasy"** (La significación psicoanalítica y psiquiátrica de la fantasía).—Después de breve introducción sobre los métodos y concepciones que se han establecido para el estudio de la fantasía — donde se revisan las ideas y técnicas de Galton, Freud, Lundholm, Hargreaves, Sherman, Roemer y Morgan & Murray — los autores presentan su propio método de estudio, que consiste en una variante del test de los últimos investigadores mencionados, al cual han perfeccionado principalmente con la aplicación de consideraciones psicoanalíticas. Quince enfermos mentales fueron cuidadosamente examinados; una substanciosa exposición de los principales resultados es desarrollada en el trabajo. El método de Morgan & Murray consiste en invitar a los pacientes a referir sus ocurrencias sobre una determinada serie de pinturas escogidas **ad hoc** para este test. El estudio detallado de las fantasías de cada paciente, en relación a su persona-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

lidad e historia de su vida, demuestra lo siguiente : series de invenciones de personajes dramáticos e identificación de sus caracteres en la fantasía, en tanto que cada uno de dichos personajes representa un diferente aspecto o fuerza de su propia personalidad; dichos caracteres son puestos en situaciones dramáticas que simbolizan los propios conflictos internos; y, finalmente, soluciones de tales situaciones dramáticas que podrían corresponder a las soluciones que el paciente desearía para sus propios conflictos. Para el diagnóstico estos resultados aportan datos interesantes : las fantasías de los oligofrénicos se caracterizan por la ingenuidad de su material y por la pobreza de la imaginación, observándose que los pacientes de inteligencia superior tienen, por lo regular, más novedad e invención creativa; en los pacientes de sintomatología histérica se exteriorizan tendencias sexuales, y en ciertos casos hay participación de personajes que es dable identificar con los familiares del paciente, y también suelen participar tendencias hipocondriacas; en los neuróticos ansiosos se suscitan fantasías caracterizadas por su dinamismo, por eventos dramáticos y conflictos de caracteres; en los pacientes obsesivos-compulsivos prevalece la indecisión, lo estéril, las ambivalencias en torno de importantes emociones, e incluso emergen fobias cuando estas existían; en los deprimidos las fantasías son característicamente retardadas, mutiladas (halting), fragmentarias, nihilistas e intensamente coloreadas con ideas de culpabilidad y de auto-desprecio; en los paranoicos se descubre en las fantasías una típica evasividad, aunque algunas respuestas muy significativas y con grandes cargas emotivas pueden eventualmente presentarse; en los esquizofrénicos se presenta una especial inhabilidad para la construcción de las fantasías, inhabilidad para la construcción de abstracciones, o para ir más allá de lo impersonal, concreto y literal en la descripción de las pinturas, excepto en ciertos casos que no corresponden a los subtipos definidos de esquizofrenia en los cuales las fantasías son bizarras, o con poca o ninguna conexión con la pintura; en los antiguos casos de esquizofrenia, finalmente, se evidencia la desintegración, las frases incompletas, la bizarrería y la perseveración de las ideas. Considerando que los resultados no sólo ofrecen datos en lo relativo a los conflictos inconscientes sino también a los ocultos deseos de solución, también inconscientes, que el enfermo se propone, los autores vislumbran un posible alcance del test en el pronóstico y como auxiliar del tratamiento. En este sentido, las fantasías son expresión de la transferencia del paciente, de su reacción a la situación terapéutica y de la profundidad o superficiali-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

dad de sus reintegraciones emocionales subsiguientes. Las fantasías son, asimismo, útiles para la anamnesis, a la cual aseguran cierta significación, y hasta pueden ayudar y orientar la psicoterapia. Es muy interesante lo siguiente : en varios casos la investigación se prolongó lo suficiente para permitir favorables modificaciones en la evolución de la enfermedad, observándose que tales modificaciones influían sobre la calidad de las fantasías, que entonces denotaban superación de los primitivos conflictos; en los casos estacionarios el examen de las fantasías expresaba, invariablemente, los ominosos conflictos del principio de la investigación. En relación a este hallazgo debemos referir, por nuestra parte, que algo semejante ocurre a las fantasías oníricas en el curso del tratamiento psicoanalítico, pues cuando se llega a la solución total o parcial de los conflictos, gracias al análisis, se disipan los sueños característicos, llenos de contenido neurótico y, en muchos casos, de conflictos infantiles; entonces se observa un desplazamiento de las elaboraciones de la fantasía onírica hacia problemas más estrechamente relacionados con las necesidades actuales del sujeto y con su adaptación a la realidad.

C. G. N.

RASSEGNA DI STUDI PSICHIATRICI, 1939, Nº 2-3.

SALVATORE DI FRISCO : **"Nuova concezione patogenetica delle psicopatie. Ricerca di un ormone neuropsicotrofico nell'urina del bambino ed i suoi effetti terapeutici in sindromi psicopatiche"** (Nueva concepción patogénica de la psicopatía. Pesquisa de una hormona neuropsicotrófica en la orina del niño y de su efecto terapéutico en síndromes psicopáticos).—Plantea y discute en primer término el autor la existencia de una hormona que regula específicamente la evolución psicológica del cerebro, y la posibilidad de la participación de dicha hormona en la génesis de las alteraciones mentales, ya sea deteniendo la evolución psicogenética o suscitando desórdenes o regresiones en los casos en que la psicogénesis ya se ha verificado. Ha designado al supuesto factor endocrino con el nombre de "hormona X". Por cierto, no todas las alteraciones mentales serían resultado de una deficiencia de la hormona neuropsicotrófica, aceptándose tres posibilidades : deficiencia de hormona X con célula nerviosa intacta, alteración intrínseca de la célula nerviosa sin mengua de hormona X, y alteración celular y hormonal conjuntamente. La parte más interesante de la investigación del autor consiste en el trabajo de aislamiento de la singular hormona X, que después de infructuosas tentativas en la subs-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tancia cerebral, cree haber encontrado en la orina de los niños. Cita su primera observación de un esquizofrénico, de grave curso, en el cual se ensayan inyecciones intramusculares de extracto de 15 litros de orina, obteniéndose, después de larga serie de inyecciones (en número de 35), una apreciable mejoría. Como una prueba de su original descubrimiento el Dr. Di Frisco refiere una serie de 46 casos tratados, en los cuales obtiene un 20% de remisiones sociales, 10% de notable mejoría y 20% de escasa y no constante remisión. Recomienda este nuevo tratamiento principalmente en las formas atípicas de esquizofrenia y en los estados depresivos y asténicos. Lo mismo que en los métodos de Sakel y v. Meduna, la precocidad de la aplicación es indispensable. En casos de grave evolución se puede combinar el tratamiento de la insulina con el tratamiento por extracto de orina, sirviendo este último como método de consolidación.

C. G. N.

REVISTA ARGENTINA DE NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA, 1938, Nº 3-4.

TEODORO FRACASSI : **"Infecciones agudas no supuradas del sistema nervioso".**—El problema de la clasificación de las infecciones agudas no supuradas del sistema nervioso no ha sido resuelto todavía satisfactoriamente; el A. hace una reseña de las clasificaciones propuestas hasta hoy y expone a continuación la suya que la reune en tres grupos : afecciones a neurovirus conocidos o polioencefalitis, afecciones encéfalomedulares desmielinizantes o leucoencefalitis y afecciones neurotropas idiopáticas de localización preferente en el sistema nervioso periférico o polirradículoneuritis. Las lesiones histológicas, sin ser específicas, son características de cada grupo por su localización especial, y el agente etiológico sólo es conocido en el primero, permaneciendo ignorado en los otros dos, aunque puede demostrarse biológicamente su presencia. Todas estas infecciones se presentan en forma epidémica, siendo probable que ataquen al neuro-eje de preferencia cuando ha sido sensibilizado por otro virus, frecuentemente el gripal; la mayor parte de ellas dejan inmunidad específica, a excepción de la encefalitis letárgica que sigue curso progresivo. El tratamiento etiológico no es posible en la actualidad, siendo recomendable el empleo de suero de convalecientes. Completan este importante trabajo numerosas fotografías y extensa bibliografía.

Jorge Lazarte A.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA NEUROLOGICA DE BUENOS AIRES, 1939, Nº 2.

MARCOS VICTORIA : **"Un problema semiológico: apraxia y agrafia".** —Después de hacer una reseña bibliográfica de lo que hasta hoy se ha publicado sobre el tema y de citar doce casos de su experiencia personal (Tesis inédita sobre "Teoría de las apraxias"), el A. admite la existencia de la agrafia apráxica descrita por Heilbronner en 1906. La agrafia aislada o agrafia sin trastornos del lenguaje puede ser incluída, en su concepto, en el grupo de las agrafias apráxicas. Distingue cinco variedades de agrafia cuya delimitación clínica considera posible en la actualidad: agrafia por lesión callosa que acompaña a la dispraxia callosa; agrafia constructiva en la que el defecto constructivo es el elemento fisiopatogenético esencial, agrafia secundaria a la apraxia doble, agrafia por afasia sensoril o motriz y agrafia por alteración de los componentes ópticos, habitualmente acompañada de hemianopsia derecha y agnosia visual. Las tres primeras dependen de la apraxia y para el diagnóstico diferencial con las formas restantes es necesario tener presente que la imperfecta ejecución de las letras aisladas habla en favor de la agrafia apráxica, mientras que la imperfecta construcción de las palabras, a pesar de que las letras aisladas son correctamente escritas, inclina en favor de la agrafia afásica; por lo demás, es frecuente la superposición de causas.

CH. JAKOB, E. A. PEDACE y B. A. MOYANO : **"Los problemas actuales de la Anatomía Patológica del Sistema Nervioso".**— Los A. A. contemplan estos problemas en sus tres aspectos fundamentales: nosológico, histopatogenético e histofisiopatológico y establecen una primera división de los procesos en endógenos y exógenos, tomando como base la diferente reacción histopatológica del sistema nervioso en formación y del sistema nervioso madurado, proponiendo como límite morfofisiológico entre cerebro maduro e inmaduro, el momento en que el sujeto es apto para la educación colectiva, coincidente con la edad escolar, que en la Argentina es de seis años. Incluyen en el grupo endógeno los procesos disgenésicos directamente realizados y los adquiridos en período fetal o infantil y en el segundo las disgenesias tardíamente manifestadas y las afecciones adquiridas en la edad adulta. Las neoplasias corresponden al primer grupo porque en ellas domina el carácter de una predisposición endógena. Pasan luego en revista los estados patocríticos favorables a la formación y origen de procesos disgenésicos durante la vida embrionaria y fetal, sin olvidar las infecciones y procesos vasculares que secundariamente lesionan el neu-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

roeje, como acontece también cuando los anexos sufren modificaciones en su desarrollo. Contemplan luego el problema de las enfermedades adquiridas después del nacimiento, especialmente de la encefalitis y sus secuelas (imbecilidad, idiocia, corea, etc.), y la necesidad del buen funcionamiento hepato-renal que preserva al sistema nervioso de la acción de tóxicos orgánicos, (enfermedad de Wilson). Entre las enfermedades hereditarias citan la amaurosis de Tay-Sachs, la miopatía congénita, las degeneraciones sistematizadas medular y cerebral familiares y las esclerosis cerebrales infantiles. Entre las neoplasias se ocupan de preferencia de los gliomas, que clasifican en ectodermales, mesodermales y formas mixtas; entre los primeros están las formas neurogliomatosas primitivas epiteliales, las histiomatosas, las neuromatosas y las gliomatosas; entre los segundos están las mesogloma-tosas y las sarcomatosas. Al considerar los procesos adquiridos después de la primera maduración del cerebro infantil, ponen en relieve la importancia del equilibrio tisular entre elementos ecto y mesodermales, cuya ruptura determina la fagocitosis y la formación de cicatrices y del equilibrio entre elementos de la misma procedencia, que cuando se altera ocasiona lesiones tróficas, en algunas de las cuales hay destrucción de las vainas de mielina, como en la esclerosis en placas y en la enfermedad de Schilder. Entre los procesos de la edad adulta consideran en primer término los inflamatorios, luego los degenerativos y por último los secundarios a lesiones primitivas del aparato vascular. Terminan recalcando la importancia del estudio de la anatomía patológica del sistema nervioso, en relación con el aporte que significa para incrementar los conocimientos de histología y fisiología normales del neuro-eje.

Jorge Lazarte A.

RIVISTA DI PSICOLOGIA NORMALE E PATOLOGICA, 1939, Nº 2.

A. MARZI y G. TAVERNARI : **"Ricerche sull'intelligenza dei sordomuti"** (Investigación sobre la inteligencia de los sordomudos).— El Instituto de Psicología de la Real Universidad de Florencia tiene en preparación una serie de trabajos destinados a esclarecer el problema psicológico de la importancia del lenguaje en el desarrollo de la inteligencia. La presente contribución, destinada a ese objeto, se refiere al empleo de los tests Binet-Simon en la escala de Terman y a otras pruebas en 100 niños sordomudos, con el objeto de determinar la diferencia del desarrollo mental alcanzado en éstos y en los niños normales. Salvando las dificultades que ofrece el uso de la escala métrica

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

para la medida de la inteligencia en sujetos normales, mediante el empleo en ciertas pruebas de "reactivos mudos" en vez de reactivos que requieren el conocimiento del lenguaje, los autores hacen el examen analítico de las funciones mentales en los sordomudos, llegando a la conclusión que, salvo limitados aspectos muy desarrollados de la vida mental del niño sordomudo — como sucede en el campo de la memoria visual, en el que creen descubrir por otra parte cierta tendencia eidética — , en general su grado de desarrollo mental es menor que el del niño normal de la misma edad, hallándose por consiguiente en una doble situación de inferioridad respecto de éste.

León Mejía.

ZEITSCHRIFT FÜR DIE GESAMTE NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE, 1939, t. 166, Nº 3.

ROBERT BAK : **"Ueber die dynamisch-strukturellen Bedingungen des primaeren Beziehungswahns"** (Acerca de las condiciones dinámico-estructurales de la delusión primaria de referencia).—El título de este trabajo no es adecuado al contenido : no se trata en realidad solamente de la delusión particular de referencia sino del origen de las verdaderas delusiones en el proceso esquizofrénico. B. propugna ideas semejantes a las de Otto Kant acerca de esta cuestión, mostrando además una marcada influencia de la teoría de Freud sobre la psicogenia de la paranoia. La concepción dinámica de Kant implica que en la estructura de la delusión hay dos aspectos : uno causal y otro final. El primero no es específico de la génesis de la delusión, sino, en parte, del proceso esquizofrénico : se trata de factores que hacen posible la delusión, como la perturbación esquizofrénica del pensamiento, alteraciones de la afectividad, oscilaciones del biotono etc. El factor causal principal en la génesis de la delusión sería la pérdida de los límites definidos entre el yo y el mundo exterior, con la consiguiente instalación de la experiencia mágica. El segundo, o sea el aspecto final, no sólo responde al contenido de la delusión, sino también a la aparición de la misma. Este aspecto está constituído por la irrupción de tendencias instintivas desenfrenadas y por la insuficiencia vital amenazadora de la autovaloración del sujeto. La irrupción mencionada sería debida a la relajación de las capas superiores de la personalidad y a la disolución de las instancias represoras. Los factores de ambas clases — causal y final — tienen como consecuencia lógica la "realización" de las tendencias instintivas en un mundo irreal, delusional, y la descarga de las experiencias de peligro de la autovaloración. Mayer-Gross

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

da importancia, entre los elementos provocadores de la delusión, al "enfriamiento de la simpatía"; de modo que las ideas de persecución pueden nacer tanto por la conciencia de la autoinsuficiencia cuanto por la incapacidad para experimentar los sentimientos de simpatía. B. analiza dos casos de esquizofrenia en cuya génesis se destacan experiencias amorosas, de tipo erotomaníaco, y cree probar con ellas que no se cumple el requisito que Gruhle reputa esencial a las verdaderas delusiones : establecimiento de relaciones sin motivo. En estos casos clínicos se generaría la delusión amorosa con motivos internos y externos. El significado finalista de su estructura sería restablecer — frustráneamente — relaciones interhumanas perdidas por la regresión. En general, sostiene B. que las tendencias manifiestas en la delusión tendrían el significado de reacciones positivas, en el sentido de buscar contacto con la realidad, intento que falla tanto más cuanto mayor es la regresión o desdiferenciación de la personalidad. Hay en esto una degradación progresiva, una especie de escurrimiento cada vez más desadaptado : se persigue el contacto con personas determinadas, y se logra sólo con sustitutos, con símbolos, con objetos inertes. Ya en 1870, Hagen había reconocido que el estado de ánimo característico del comienzo de la delusión primaria entraña "un sentimiento de inestabilidad e inseguridad que impulsa instintivamente a buscar un punto firme en qué poder sostenerse y aferrarse. Este complemento, este consuelo y refuerzo sólo lo encuentra (el enfermo) en una idea"— ya no en un ser real.

H. D.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

SOCIEDAD DE NEURO-PSIQUIATRIA Y MEDICINA LEGAL

Presidencia del doctor H. Delgado

Sesión del 4 de Octubre de 1939

CARLOS MONGE : **Disturbios psíquicos en la enfermedad de la altura.**— (Aparece como trabajo original en este número, pág. 536).

Discusión: El doctor Delgado felicita al doctor Monge por su trabajo y ofrece realizar investigaciones sobre hechos semejantes.

J. M. HERRERA O. : **Medicina del trabajo y apreciación médico-legal de los obreros de minas.**— Basado en los numerosos reconocimientos médico-legales de sujetos que trabajan en minas, que el autor verifica en la Oficina Sanitaria del Trabajo, hace ver la frecuencia de la neumoconiosis en nuestros centros mineros y lo sombrío de su pronóstico en lo referente a la capacidad de trabajo del obrero, recomendando por lo mismo el examen muy prolijo de los sujetos en quienes se sospecha. Aboga por la creación de un Instituto de Medicina del Trabajo que aporte los elementos auxiliares indispensables para los reconocimientos médico-legales, con lo que se evitaría la angustiosa peregrinación del obrero en busca de los documentos que exige la ley 7975. Expone a continuación un caso clínico de cuyo relato se desprende la necesidad de disponer de estos auxiliares en los peritajes, para llegar al diagnóstico de certidumbre que es el fundamento de la justicia en las apreciaciones periciales; en los casos dudosos es de opinión de favorecer al obrero, para los fines de la indemnización correspondiente, por ser la parte más débil en el litigio que se suscita con las empresas mineras siempre poderosas.

Discusión : El doctor Paz Soldán felicita al doctor Herrera por su trabajo y, después de recordar que fué miembro de la comisión que formuló la ley respectiva de nuestro Código, se adhiere al concepto emitido en un Congreso de médicos belgas y holandeses, en el que se expresa que el perito no debe concluir en la incapacidad permanente del lesionado sino examinarlo repetidas veces, en épocas sucesivas, propiciando la indemnización mientras dure la incapacidad.

El doctor Fernández Dávila considera exageradas las cifras que se dan en nuestro medio, de accidentes del trabajo y, por consiguiente, sospecha de las cifras que da el doctor Herrera, de enfermos de neumoconiosis, haciendo notar que en muchos casos la ambición de los obreros y la falta de escrúpulos de algunos profesionales, hace que se simulen lesiones de esa índole para gozar de las indemnizaciones. Refiere algunos casos concretos en apoyo de su opinión.

El doctor González Olaechea, refiriéndose a un peritaje realizado por él, con juntamente con el doctor Bernales, emite algunas opiniones que lo apartan del criterio del doctor Fernández Dávila.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

El doctor Monge manifiesta que la neumoconiosis favorece el desarrollo de un mal de montañas crónico, existiendo enfermos eritrémicos que siendo también neumocniósicos, mejoran de esta enfermedad en cuanto bajan a la costa, por la desaparición de los síntomas de la anoxemia.

El doctor Trelles felicita al doctor Herrera por su trabajo que es el primero sobre temas de Medicina Legal que se presenta en el seno de una Sociedad que cultiva esta rama de la Medicina.

El doctor Herrera hace algunas consideraciones que desvirtúan las emitidas por el doctor Fernández Dávila y da cuenta de haber trabajado intensamente porque se especifique y limite la acción del mélico legista.

F. SAL Y ROSAS : **Experiencias de combinación luminal-cardiazol en el tratamiento de la epilepsia.**—Expone los primeros resultados acerca de la influencia terapéutica de la barbiturización en el curso del tratamiento convulsivante de la epilepsia. Nueve enfermos fueron sometidos a 4 etapas de experimentación y observación: 1º Cardiazolización sin luminal; 2º privación postconvulsivante de C. y L.; 3º administración de luminal durante la cardiazolización; y 4º luminalización postcardiazólica. En la primera etapa (C. sin L.) la remisión es como 11 para los ataques y como 12 para las crisis de petit mal (los accesos se reducen a la 1/11 y 1/12, respectivamente de las cifras precardiazólicas). En la etapa C.+L. simultáneos, la remisión es sólo como 3 para los ataques y como 6 para los P. M. En la etapa L. post-C., los resultados son sorprendentemente buenos: desaparición de los ataques y reducción de los P.M. a la 1/37 parte, cifras éstas las más altas obtenidas hasta hoy por el A. en la cardiazolterapia de la epilepsia.

Discusión : El doctor González Olaechea pregunta si la epilepsia debida a trastornos endócrinos beneficiaría más de la medicación opoterápica que de la cardiazólica.

El doctor Sal y Rosas lamenta no poder absolver esta pregunta por no haber encontrado en el curso de sus experiencias ningún caso que pueda atribuirse exclusivamente a trastornos endócrinos.

El doctor Delgado felicita al doctor Sal y Rosas y hace votos porque se aumente el material de trabajo para incrementar el valor de las conclusiones.

M. MENDEZ y P. ANGLAS : **Síndrome de poliomielitis anterior asociado a la enfermedad de Carrión.**—Presentan el caso de una niña de diez años de edad, en quien nueve años antes se instala bruscamente, al fin del período febril de la enfermedad de Carrión, un síndrome de déficit motor que se presenta con los caracteres de la poliomielitis anterior aguda, comprometiendo la musculatura del cuello, del tronco y de los miembros. Tienen importancia especial la simetría de las lesiones, la conservación relativa del volumen y la induración de algunos de los músculos paralizados. Los autores plantean la cuestión de si la Bartonella Baccilliformis ha jugado el papel de agente causal en la determinación del cuadro mencionado; sin embargo, ni los tipos clínicos ni la naturaleza de las lesiones anatomopatológicas que se han señalado hasta ahora en la enfermedad de Carrión arguyen en este sentido, por lo que se inclinan a pensar que el cuadro neurológico observado ha sido producido por un proceso asociado, probable-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

mente la enfermedad de Heine Medin; sin embargo, no puede excluirse en forma absoluta la posibilidad de que el síndrome propio de la poliomielitis anterior aguda pueda presentarse excepcionalmente en la enfermedad de Carrión.

Discusión : El doctor Trelles lamenta que la enferma no haya podido ser presentada en la Sesión y piensa, en lo referente al cuadro que presenta, que tal vez sea una forma excepcional de enfermedad de Carrión.

El doctor Mackehenie hace una revisión de los conceptos actuales de la anatomía patológica de la enfermedad de Carrión y manifiesta que en la mayor parte de los casos las lesiones son reversibles y se llega al restablecimiento de la función. Respecto del caso presentado estima que por su complejidad no puede llegarse a conclusiones definitivas.

El doctor Bernales dice haber observado numerosos casos de Enfermedad de Carrión con síntomas nerviosos, en los cuales los trastornos siempre fueron reversibles. Piensa que en el caso presentado se trata de la coexistencia de dos enfermedades.

El doctor Monge expresa que las complicaciones nerviosas de la verruga son frecuentes pero pasajeras, considerando el caso presentado como muy complejo para llegar a una determinación exacta de los hechos. Sugiere que puede investigarse la existencia de verruga haciendo una biopsia de la piel.

El doctor Mackehenie hace notar que esto no aclararía nada respecto de la causa de los síntomas nerviosos.

El doctor Delgado es de la misma opinión.

Sesión del 8 de Noviembre de 1939

HONORIO DELGADO : **Un caso de parafrenia expansiva con antecedentes y síntomas neurológicos de sífilis.**—Se trata de un hombre de constitución leptosómica, de 49 años, que a los 24 sufre una infección sifilítica comprobada y tratada por varios médicos. A los 37 presenta desórdenes mentales hipomaniacos con acentuadas ideas de grandeza de contenido erótico y político. Internado en el Hospital "Víctor Larco Herrera" en 21.VII.27, manifiesta además ideas de persecución por ser millonario y candidato a un ministerio. Todas las reacciones serológicas en el líquido céfalo-raquídeo son negativas; la de Wassermann en la sangre es muy ligeramente positiva. Sin más tratamiento que una serie de inyecciones de bismuto-yatren, las reacciones son negativas hasta el presente. En el curso de doce años la psicosis ha evolucionado lentamente, permaneciendo intactas la inteligencia y la personalidad; la megalomanía se ha hecho enorme : el paciente se cree "Jefe Supremo Divino" descendiente de todas las mejores familias reales de Europa; ha ganado batallas desde que era niño de pecho; es un genio que ha compuesto todas las grandes obras de la literatura y de todas las artes, ha inventado todo lo bueno que tiene la civilización; su fortuna se cuenta por decadillones (cifras con más de sesenta ceros); con poderes sobrenaturales, ha reformado y unificado todas las religiones etc. Las ideas de persecución son débiles; dialoga cotidianamente con personajes imaginarios. Antes hablaba de las comunicaciones con unas brujas y de un transmisor; al presente dice que sólo son monólogos. Tiene in-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

finidad de ilusiones y alucinaciones del recuerdo. No manifiesta ningún síntoma propio del pensamiento esquizofrénico—salvo las delusiones — ni de orden catatónico. El cuadro clínico y su evolución corresponden a un caso de parafrenia expansiva. Lo discordante es que presenta una ligera disgrafía y, sobre todo, marcada anisocoria, irregularidad del contorno de las pupilas, reflejo fotomotor muy deficiente en el ojo derecho y abolido en el izquierdo, reflejo de la acomodación casi abolido en el ojo derecho y abolido en el izquierdo. No hay ningún otro síntoma de parálisis general ni de sífilis cerebral.

Discusión : El doctor Juan Voto Bernales hace algunas consideraciones acerca de la disartria en la parálisis general y opina que en el presente caso puede tratarse de esa enfermedad.

El doctor Trelles se refiere a varios casos de parálisis general con sintomatología atípica, observados por él y opina que el cuadro clínico en discusión puede ser debido a una meningoencefalitis difusa.

El doctor Arnillas expresa la conveniencia de conocer la personalidad prepsicótica del sujeto y hace ver que la falta de decadencia intelectual vale en contra de la parálisis general progresiva y que la anisocoria puede también presentarse en la esquizofrenia.

El doctor Sal y Rosas, después de desvirtuar la posibilidad de tratarse de parálisis general progresiva, expresa que en su concepto el caso corresponde a una parafrenia a la que se agregan síntomas de infección luética.

El doctor Delgado después de definir lo que al presente se entiende por parafrenia, pone en relieve la escasa posibilidad de que se trate de parálisis general progresiva por la larga duración del proceso casi sin tratamiento y concluye que se trata de parafrenia más sífilis cerebral oligosintomática.

J. O. TRELLES y JORGE LAZARTE : **Síndrome de la arteria coroidea anterior.**—(Aparece como trabajo original en este número, pág. 546).

Discusión : El doctor González Olaechea felicita a los autores por el caso tan claramente expuesto y manifiesta su opinión conforme con sus conclusiones.

MAX GONZALEZ OLAECHEA : **Meningo-neuro-axitis con notable hipertensión raquídea.**— El autor presenta el caso de una paciente de 18 años, que en Noviembre del año ppdo. enferma con fiebre, somnolencia y síndrome de hipertensión intracraneana con fuerte cefalea frontal e intermitente. Procede del norte del país y cuando llega a la Capital ofrece al examen discreta reacción meníngea, compromiso parcial de los pares craneales V y VI y fuerte hipertensión raquídea; el L.C.R. tiene aspecto cristal de roca, hiperalbuminosis, aumento de las globulinas, conservación de la tasa de glucosa y moderada linfocitosis. El cuadro evoluciona presentándose sucesivamente trismus, convulsiones y algias pasajeras localizadas en diversas raíces nerviosas. La raquimanometría en sucesivas punciones ofrece cifras verdaderamente asombrosas de 100 y 120 cc. al Claude, sirviendo las punciones frecuentes como medio terapéutico de primer orden, además del salicilato de soda, la radioterapia, el absceso de fijación y arsenicales, que se han usado como eficaces medios curativos, hasta lograr el restablecimiento de la paciente, en el término de seis meses. El autor hace diversas consideraciones respecto de la patogenia de cada uno de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

los síntomas presentados y en cuanto a la etiología es del parecer de que un virus neurotropo es el agente causal, tal vez el de la encefalomielitis equina, apoyando su tesis la circunstancia de haber coexistido en la misma localidad una epizootia, en la época en que enfermó la paciente. Dan fundamento a esta sospecha las investigaciones de Tabusso que ha señalado epizootías graves en diversas localidades del Norte y la posibilidad de trasmisión de la enfermedad al hombre señalada por Mayer, Larimer, Wiesser y Pliquet, en Estados Unidos y Europa.

Discusión : El doctor Bernales felicita al sustentante y se refiere especialmente a la conveniencia del tratamiento por arsenicales en casos semejantes, producidos por virus encefalíticos.

El doctor Trelles apoya la posibilidad etiológica sospechada por el autor y cita tres casos semejantes.

Sesión del 4 de Diciembre de 1939

J. B. LASTRES, A. INDACOCHEA y C. MERINO : **Síndrome óculo-simpático en el curso de afección neuro-anémica.**—Presentan los autores a la consideración de la Sociedad, la Historia Clínica de una enferma de 69 años de edad en quien evolucionó un proceso anémico (856 000 G. R.), con aquilia gástrica, ausencia de ácido clorhídrico y de ácido láctico, agregándose a este cuadro de anemia de Biermer, un síndrome medular que fué etiquetado como síndrome de Lichtheim frustro. Los signos medulares regresionaron, presentándose síntomas óculo-simpáticos del lado izquierdo de la cara con las características de un síndrome de Claude-Bernard-Horner disociado; ambos cuadros neurológicos retrogradaron con la intensa terapéutica a base de reticulogen y extracto hepático, fracción anti-anémica.

Luego los A. A. discutieron el probable mecanismo de los síndromes neuro-anémicos, explicando las teorías infecciosa, anafiláctica y carencial, en relación con el caso clínico presentado. A continuación trataron de las lesiones anatómicas que podrían causar el síndrome de Claude-Bernard-Horner, en el caso expuesto, manifestando que podrían ser pequeñas lesiones en el hipotálamo, las causantes del síndrome óculo-simpático.

Discusión : El doctor Trelles felicitó a los autores por su brillante observación y abundó en detalles sobre las localizaciones anatómicas en el curso del síndrome de Claude-Bernard-Horner.

F. SAL Y ROSAS : **Fantopsias en un caso de ceguera de etiología tuberculosa.**—Presenta un caso de estado alucinatorio en una ciega de personalidad histérica y herencia psicopática recargada, apareciendo además la oftalmopatía como hereditaria, pues 5 antepasados han sido también ciegos por enfermedad de los ojos. La oftalmopatía coincide con el climaterio, y la amaurosis origina un estado delusivo y alucinatorio terrorífico, que desaparece al mes, con tratamiento sedativo. Al poco tiempo aparecen alucinaciones representando caras o bustos humanos, inmóviles, como si fueran retratos o láminas y como surgiendo en un espacio virtual, sin conexión con el ambiente real, aunque proyectados fuera del espacio subjetivo. No hay juicio de realidad, por más

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

que haya impresión de constancia de la forma, de percepción nítida, de frescura sensorial, de ininfluenciabilidad por la voluntad. Su aparición (intermitente) guarda relación estrecha con determinados estados vivenciales y se modifican o desaparecen con el tratamiento sedativo y las prácticas psicoterápicas. El A. examina el caso bajo dos puntos de vista : 1º la ubicación psicopatológica de las fantopsias en cuestión; y 2º su mecanismo psicológico frente a la oftalmopatía y la personalidad premórbida. En relación a lo primero no cabría el cuadro ni en las nociones de Jaspers sobre alucinación y pseudoalucinación, ni en las de Kandinski y Muller y Claude y Ey, pudiendo más bien aproximarse al concepto de "alucinosis" de la escuela francesa, por más que el término le parezca impropio. Propone el uso exclusivo de la palabra fantopsia para las alucinaciones visuales sin juicio de realidad. Con respecto al 2º punto, plantea al hipótesis de un posible mecanismo histérico, considerando las fantopsias como un fenómeno de conversión alucinatoria, ligado al grave traumatismo de la ceguera.

J. M. HERRERA O. : **Aspecto médico-legal y social del procedimiento para la internación de enfermos mentales y toxicómanos.—** Recuerda el autor las disposiciones prescritas en el decreto supremo de 1926 sobre la internación de enfermos mentales y toxicómanos y hace presente que en la elaboración de esas disposiciones no intervino ningún médico especializado, lo cual explica los numerosos errores que contiene y las dificultades de su aplicación en la práctica, que son tan notables que, de seguirse en sus pormenores, la internación de alienados y toxicómanos sería poco menos que imposible. Piensa el autor que deben estudiarse las bases para la modificación del referido decreto a fin de facilitar los trámites de internación, dando garantía a los médicos especialistas para que actúen libremente en el ejercicio de sus funciones sin someterse al criterio de los juristas.

Discusión : El doctor Delgado emite diversos conceptos referentes al problema planteado y hace ver la incapacidad del Hospital Larco Herrera para alojar un mayor número de enfermos, opinando por que se mejoren las condiciones de examen en las comisarías y sean los médicos que en ellas trabajan cultores de la Psiquiatría.

El doctor Trelles expresa que una comisión emanada del seno de la Sociedad proponga al Congreso Nacional la solución de este problema, después de haberlo estudiado convenientemente.

El doctor Stiglich realza la importancia de la cuestión en debate y manifiesta que debe ser de especial atención por la Sociedad.

El doctor Delgado sugiere al doctor Trelles la nómina de los miembros de la Sociedad que podrían integrar la comisión que estudie las bases para modificar el decreto en referencia.

HONORIO DELGADO : **Un caso atípico de psicosos presenil con síndrome de Cotard.**—El paciente X. es un hombre de 57 años, de constitución próxima al tipo pícnico, cuyo padre, de personalidad depresiva, muere a los 73 años después de sufrir durante 3 una psicosis senil con cuadro en que predomina la depresión ansiosa y entre cuyos 11 hermanos (de X) hay dos con manifes-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

taciones depresivas acentuadas: uno de constitución neurasténica y otro psicasténico. El pasado premórbido de X. es el de un hombre activo, muy laborioso y propenso a quejarse por temporadas de depresión y cansancio. A los 23 años, tiene una reacción depresiva, que dura un año, causada por el rompimiento de un largo noviazgo. Hacia los 45 años se manifiesta impotencia sexual, definitiva, con depresión del ánimo aparentemente reactiva, que dura algunos meses. La psicosis actual comienza cuando el sujeto va a cumplir 48 años, con insomnio, mengua de la memoria y de la capacidad de trabajo. Poco después se manifiestan temores de ruina, que acaban por convertirse en ideas delusivas. El mal sufre una agravación brusca a causa de un cambio político por el que caen en desgracia muchos amigos y clientes de X. Sobreviene el abandono del trabajo y el predominio de ideas de incapacidad, de ruina y de autoacusación e intentos de suicidio. En este estado, 4 meses después de la agravación, X. es hospitalizado. Los síntomas de la psicosis corresponden entonces a una melancolía ansiosa agitada, con ideas de enormidad: "Soy el más grande bruto y ladrón y el más grande criminal que ha visto el mundo..." Después de año y medio de evolución de la psicosis comienzan a mostrarse las ideas de negación —"Yo no tengo vida"—, muy discretamente, predominando las de ruina y autoacusación megalomelancólicas. Sólo 3 años más tarde alcanzan su apogeo las ideas nihilistas y de negación (las de condenación nunca pasan de ser escasas y las de inmortalidad no llegan a hacerse explícitas). Ya no sólo el propio cuerpo no existe, sino el mundo entero está destruído por culpa del sujeto. Son negados inclusive los hechos históricos más evidentes y hasta aquellos de los cuales X. fué testigo. A esta fase de la enfermedad sigue un período de mejoría, que permite la permanencia del paciente en el hogar, de V. 36 a VIII. 38. Es hospitalizado nuevamente. Esta vez, o sea después de 7 años de evolución de la psicosis, el cuadro clínico es francamente hipomaníaco, con gran euforia y megalomanía, que se mantiene hasta el presente. X. se cree rey del mundo, en comunicación verbal con Dios, adivino, inventor y dueño de todo, "el primer artista del universo". Aunque no hay verdadera fuga de ideas, se verifica cierta volubilidad en el discurso, a la vez que marcada iteración. El erotismo imaginativo alcanza un grado de exaltación extraordinario: X. cree tener innúmeras mujeres y cientos de hijos, el personal de asistencia está formado por hermafroditas etc. La fantasia es desenfrenada particularmente en este respecto y en relación con las paraidolias que se presentan con una exuberancia inaudita y que X. reproduce en dibujos primorosos. Las construcciones delusionales del paciente están íntimamente combinadas con productos del pensamiento fantástico — tomándolas a veces él mismo como meras apariencias, o más precisamente, como algo intermedio entre la realidad y la ficción. X. presenta inconsistentes perturbaciones de la conciencia del yo, sobre todo en forma parecida a las personificaciones. La memoria y la conciencia del tiempo están alteradas de manera compleja. Subsisten algunas ideas de negación sobre todo de acontecimientos históricos: no ha habido guerra en 1914, los muertos viven, han desaparecido los médicos, las parteras etc. En el curso de toda la psicosis X. ha negado estar enfermo. El caso presentado es atípico de las psicosis preseniles principalmente por la fase hipomaníaca y por el síndrome de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Cotard que comienza con ideas de enormidad y concluye con ideas de negación, lo contrario de la evolución clásica.

Discusión : El doctor Sal y Rosas manifiesta que deben considerarse las relaciones entre la melancolía y la paranoia y abunda en conceptos sobre lo interesante del caso que también conoce por haberlo asistido en el Hospital Larco Herrera. Es de opinión que lo presenil o senil que en este caso se nota no sería otra cosa que el condicionamiento patoplástico debido a la edad del sujeto y que la verdadera enfermedad es una manía-melancolía, manifestando que tal vez algunos trastornos glandulares, a juzgar por la impotencia existente, han obrado generando la psicosis.

El doctor Delgado manifiesta que la psicosis maníaco-depresiva no es tardía y que por el largo tiempo transcurrido entre la cesación de la potencia sexual y la iniciación de la psicosis hay motivo para dudar de que estén relacionadas.

Jorge Lazarte A.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

INFORMACION

CONGRESO LATINOAMERICANO DE CRIMINOLOGIA

Iniciado en Buenos Aires, este Congreso tendrá su segunda reunión en Santiago de Chile el año 1941. Indicio de que se organiza con seriedad es el hecho de que hayan comenzado las labores preparatorias con una amplia gestión consultiva. Al efecto circula el primer boletín — "Folleto primero" — iniciado por un acuerdo del Consejo de la Universidad de Chile nombrando la Comisión organizadora, presidida por D. Carlos Valdovinos, y estableciendo las bases de su funcionamiento. El objeto de este boletín es solicitar opiniones acerca de la fecha más adecuada para la celebración del Congreso, los temas, la constitución de las representaciones de cada país etc., según el memorandum del Instituto de Ciencias Penales de Chile, institución promotora de la junta.

NUEVA REVISTA DE LA ESPECIALIDAD

Neuronio. Arquivos Latino-Americanos de Neurologia, Psiquiatria, Medicina Legal e Ciéncias afines.

Ha aparecido, en Sao Paulo (Brasil), el primer número de esta revista en portugués, dirigida por el Dr. Veiga de Carvalho. Su finalidad es analizar la producción de la especialidad (ojalá que sea con resúmenes substanciosos de los trabajos de algún valor, que se tome realmente el trabajo de leerlos quien los analiza) y establecer relación noticiosa e informativa en la América Latina y el mundo entero. Eventualmente publicará artículos originales. El N° 1 consta de 75 páginas de texto y contiene 120 análisis y varias noticias e informaciones. No se indica la periodicidad con que aparecerá esta revista bibliográfica, de la cual formarán un volumen, con índice minucioso, cada cuatro fascículos. Saludamos la aparición de **Neuronio** y le auguramos función eficaz y larga existencia.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

INDICE DEL TOMO II

Pág.

TRABAJOS ORIGINALES :

P. Anglas Quintana : (véase Oscar Trelles) 163
Alejandro Arellano Z. : El líquido céfalo-raquídeo en la altura. Verificación en un caso de Enfermedad de Monge 246
Armando Coello Vinatea : Nueva técnica de la punción suboccipital. Su aplicación en la encéfalografía 97
Honorio Delgado : Psicología general y psicopatología de la voluntad 1
Carlos Gutiérrez-Noriega : El pensamiento mágico en las pinturas del Antiguo Perú 426
Carlos Gutiérrez-Noriega y Humberto Rotondo : Catatonía experimental producida por cocaína 73
C. Gutiérrez- Noriega y H. Rotondo : Reacciones neuro-vegetativas en la epilepsia experimental 185
Arturo Jiménez Borja : Historia e iconografía de un esquizofrénico .. 228
Jorge Lazarte : (véase J. Oscar Trelles) 546
León Mejía : Complicaciones del tratamiento de la esquizofrenia por el método de Sakel 552
M. Méndez : (véase J. Oscar Trelles) 342
Emilio Mira y López : La prueba del zigzag en neuro-psiquiatría 503
Carlos Monge M. : Perturbaciones psíquicas en la enfermedad de la altura (Mal de montañas crónico) 536
Nerio Rojas : Fobia sexual femenina y matrimonio 522
Humberto Rotondo : (véase Carlos Gutiérrez-Noriega) 73
H. Rotondo : (véase C. Gutiérrez Noriega) 72
Federico Sal y Rosas : El tratamiento de la epilepsia por el Cardiazol 81
Federico Sal y Rosas : El tiempo de reacción al Cardiazol en los epilépticos y en los no epilépticos 373
Oscar Soto : Diagnóstico radiológico y diferencial de la hiperostosis frontal interna 325
Juan Tauro del Pino : Estudio experimental de la evolución del pensamiento esquizofrénico en el tratamiento por el Cardiazol 391
J. Oscar Trelles y P. Anglas Quintana : Mecanismo de la crisis epiléptica espontánea y cardiazólica 163
J. Oscar Trelles y Jorge Lazarte : Síndrome de la arteria coroidea anterior 540
J. Oscar Trelles y M. Méndez : Sobre cuatro casos de Síndrome de Stewart-Morel (hiperostosis frontal interna) 342
J. Oscar Trelles y Jorge Voto Bernales C. : Formas cerebelosas del síndrome de Guillain-Barré 62
Juan Francisco Valega : Efectos neuro-psíquicos del trauma eléctrico 363
Jorge Voto Bernales C. : (véase J. Oscar Trelles) 62

NOTICIA DE LIBROS :

Luciano Abeille : Etapas de la Vida Medical del Doctor Juan Madera, Prócer de Mayo 573

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Pág.

Actas de la Segunda Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas .. 573
J. de Ajuriaguerra: La douleur dans les affections du systeme nerveux central .. 105
Luciano Allende Lezama: Fundamento matemático de la biología teórica 107
Fernando de Allende Navarro: Las Jornadas Sudamericanas de Medicina, Cirugía y Odontología de Montevideo .. 108
A. Austregesilo: As psiconeuroses .. 254
Barahona Fernandes: Análise clinica dos sindromas hipercinéticos. Patopsicologia-Fisiopatologia .. 254
Henri Brocard: Physiopathologie de l'innervation hépathique .. 109
Ernst Bufe: Familienpflege Kranksinniger. Geschichte, Wesen, Wert und Technik .. 255
L. G. Cornejo y C. A. Mazeira: Educabilidad difícil y delincuencia en Arequipa .. 573
I. Costero y H. Berdet: Estudio anatómico de 135 tumores de la hipófisis y del tracto hipofisario, con algunas consideraciones clínicas, histogénicas y fisiopatológicas .. 574
L. A. Chávez Velando: El síndrome astigmático .. 462
A. Dembo y J. Imbelloni: Deformaciones intencionales del cuerpo humano de carácter étnico .. 462
Goncalves Fernandes: O Folclore mágico do Nordeste .. 575
Kant: Crítica de la razón pura .. 110
Felix Krueger: Estudios psicológicos .. 256
Raymond Lallau: L'orientation professionelle au cours d'examens médico-psychologiques et d'orientation professionnelle des mineurs délinquants de Lille .. 464
O. Lange: Sífilis nerviosa pre-clínica .. 464
Juan B. Lastres: Las enfermedades nerviosas en el Coloniaje .. 576
Jean Lhermitte: Les mecanismes du cerveau .. 110
Axel V. Neel: The content of cells and proteins in the normal cerebrospinal fluid .. 576
L. Puusepp: Chirurgische Neuropathologie. II Band. Das Gehirn. Erster Teil .. 465
Gilbert Robin: Précis de neuro-psychiatrie infantile .. 256
Nerio Rojas: La psiquiatría en la legislación civil .. 466
Leonidio Ribeiro: Dáctilo-Diagnose (Contribuicao da Medicina Legal para a Propedeutica Médica) .. 577
Luis N. Sáenz: La coca. Estudio médico-social de la gran toxicomanía peruana .. 467
Lázaro Sirlin: Trastornos funcionales del sexo .. 467
Henrique Tanner de Abreu: Jurisprudencia Medica .. 112
Varios autores: Collected papers, Harvard Medical School .. 112
Varios autores: Publications from the Institute of Neurology of the Northwestern University Medical Scholl .. 114
Varios autores: Publication from the Institute of Neurology of the Northwestern University Medical School .. 469
G. Villey: La Psychiatrie et les Sciences de l'homme .. 468
Serge Voronoff: Greffe des glandes endocrines .. 468

REVISTA DE REVISTAS:

Annales Medico-Psichologiques:

Honorio Delgado y J. O. Trelles: La Psychiatrie dans l'Amerique du Sud .. 579

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Pág.

Annales d' Oculistique :

G. E. Jayle : Contribution á l'étude des spasmes acquis du releveur de la paupiére superieure 578

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten :

W. Birkmayer & Ch. Palisa : Bewegungsautomatosen im Insulinshock 116

Archives de Psychologie :

André Rey : La destruction progressive du cortex cérébral chez le rat et ses effects immédiats 258

Paulo Pinto Pupo : Meningioma da regiao quiasmatica invadindo o parenquima cerebral, en menina de 7 anos 470

Arquivos do Servico de Assistencia a Psicopatas do Estado de Sao Paulo:

Joao Baptista dos Reis y Julio de Andrade Silva Jr. : Estudos comparativos entre os liquidos obtidos por puncoes sub-occipitais e lombares em neuro-luéticos 580

Bulletin General de Therapeutique :

P.-R. Bize : Le facteur mental dans l'énurésie 470

Cultura Medica :

J. Moreira da Fonseca : Astenia suprarenal 581

Encéphale :

A. Austregesilo : Conception clinique des neuronoses et des neuromyeloses 117

Ensayos y Estudios :

Tomás Carreras y Artau : De los moralistas españoles. A propósito de la filosofía de los valores y la caracterología 259

Forschungen und Fortschritte :

Friedrich Alverdes : Die Bedeutung der Begriffe Finalitaet, Zweckmaessigkeit und Sinn innerhalb der Biologie 581

Rudolf Fick : Inwieweit ist die Frage der "Vererbung erworbener Eigenschaften" entschieden?" 260

Johs. Erich Heyde : Charakter als Begriff 118

Fortschritte der Neurologie Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete :

M. Bleuler : Erblichkeit und Erbprognose : Schizophrenie, manisch-depressives Irresein, Epilepsie, Durchschnittsbevoelkerung 471

Giornale di Psichiatria e di Neuropatologia :

L. Bini : La diagnosi clinica dei tumori endocranici 119

Hospital :

A. Borges Fortes e I. Costa Rodrigues : Meningioma do IV ventrículo 473

Index :

Eric Guttman : Benzedrina. Efectos fisiológicos y psicológicos. Farmacología y toxicología 583

E. Pichon Riviere : Desarrollo histórico y estado actual de la concepción de los delirios crónicos 120

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Pág.

International Journal of Psycho-Analysis :

Sigmund Freud : If Moses was an Egyptian 262
Melitta Schmideberg : The mode of operation of psychoanalytic therapy 122

Jornal de Pediatria :

I. Cunha Lopes y A. Borges Fortes : Epilepsia sem feixes piramidais, microcefalia, porencefalia e agenesia do cuerpo caloso em una idiota com diplegia espasmódica 473

Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie :

M. Gross et G. Gross-May : De certains accidents au cours de la cure de Cardiazol chez les chizophrénes 474
Reunion commune des societés de Neurologie, de Pediatrie et du groupement d'études oto-neuro-oftalmologiques 123

Journal de Physiologie et de Pathologie Generale :

Armand de Gramont : La perception des couleurs 264

Journal of Mental Science :

R. Gjessing : Disturbances of somatic functions in catatonia with a periodic course, and their compensation 124
Morton A. Rubin & Louis H. Cohen : A variability study of the normal and chizoprhenia occipital alpha rhythm. II. The electroencephalogram and imagery type 475
W. Stephenson : Methodological consideration of Jung's Typology 263

Journal of Nervous and Mental Disease :

Honorio Delgado : Treatment of Schizophrenia with Cardiazol in convulsant doses 476
Sidney W. Gross : Tumor of the lateral ventricule with mental symptoms 125

Journal of the Connecticut State Medical Society :

Stanley Rochelle Dean : Studies in convulsant therapy 123

Monatsschrift für Kriminalbiologie und Strafrechtsreform :

Kurt Schneider : Ueber Psychopathen und ihre kriminalbiologische Bedeutung 128

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie :

Georg Anastasopoulos : Die Grundlagen des Wahnes bei den involutiven Geistesstoerungen 583

Nature :

John W. Thompson, Wm. Corwin, J. H. Aste Salazar : Physiological patterns and mental disturbances 129

Neopsichiatria :

Lelio Grimaldi y Antonino Tomasino : La cura della schizofrenia con le crisis seriali ipoglicemiche provocate 131

Nervenarzt :

Dietrich Jahn : Die koerperlichen Stoerungen bei endogenen Psychosen 131
E. Küppers : Die Krampfshockbehandlung des manisch-depressiven Irreseins 587

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Pág.

Neurobiologia :

J. Lucena : Contribucao ao estudio de algumas manifestacoes iniciais das esquizofrenias 133

R. Ribeiro y A. Di Lascio : Choque protaido grave durante o tratamento de Sakel 476

L. Robalinho Cavalcanti : Aracnodite cerebral difusa 583

Note e Riviste di Psichiatria :

Giovanni Fattovich : Il metabolismo degli idrati di carbonio nel parkinsonismo postencefalitico 133

Giorgio Sogliani : Reperti clinici ed ematologici in ammalati con l'acceso convulsivo elettrico e con quello cardiazolico 477

Ospedale Psichiatrico :

V. M. Buscaino y S. Platania : Vaccinoterapia 'specifica' nell'amenza e nella demenza precoce 265

V. M. Buscaino, S. Platania & G. Fasnaro : Piretoterapia vaccinica (specifica e aspecifica) y chemoterapia delle psicosi schizofreniche e confusionali 588

Giovanni Fattovich : Osteodistrofie e psicosi 134

Giuseppe Pellacani : Realizzazioni e aspirazioni nella cura e profilassi della criminalitá minorile 477

Psychiatric Quarterly :

Horatio M. Pollock : A statistical study of 1,140 dementia praecox patients treated with metrazol 478

Psychiatrich-Neurologische Wochenschrift :

A. v. Braunmühl : Das "Azoman" bei der Krampfbehandlung der Schizophrenie 135

Psychoanalytic Quarterly :

W. Bischer : Schopenhauer and Freud : A comparison 588

Psychoanalytic Review :

Ralph M. Crowley : Psychoanalytic literature on drug addiction and alcoholism 137

Sandor Lorand : Perverse tendencies and fantasies : their influence on personality 266

Jules Masserman & Eva Balken : The Psychoanalytic and Psychiatric significance of phantasy 589

Melitta Schmideberg : The role of suggestion in analytic therapy 266

Rassegna di Studi Psichiatrici :

Guglielmo Colognese : Un nuovo convulsivante in terapia psichiatrica : l'amide etilica dell'acido ortoftalico (Carboran) 480

Salvatore di Frisco : Nuova concesione patogenetica delle psicopatie. Ricerca di un ormone neuropsicotrofico nell'urina del bambino ed i suoi effetti terapeutici in sindromi psicopatiche 591

Mario de Mennato: Osservazioni cliniche su duecento minori inteernati nel riformatorio giudiziario di Nisida 267

Revista Argentina de Neurologia y Psiquiatria :

Teodoro Fracassi : Infecciones agudas no supuradas del sistema nervioso 592

Teodoro Fracasi, Demetrio E. García y Anibal Castañe Decoud : Las poliradículo-ganglio-neuritis generalizadas 138

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Pág.

Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas :

Arturo Vivado O. : El tratamiento de la esquizofrenia por el método de Sakel 139

Revista de Psiquiatría y Criminología :

Carlos de Arenaza : Valoración de los factores biológicos y sociológicos en las reacciones antisociales de los menores 139

Revista Neurológica de Buenos Aires :

A. Careiso, J. Pereyra Kafer, E. Pedace y L. Raskovsky : Leuco-encéfalo-esclerosis centrolobar, simétrica, primitiva y progresiva 480
Ch. Jakob, E. A. Pedace y B. A. Moyano : Los problemas actuales de la anatomía patológica del sistema nervioso 593
Marcos Victoria : Un problema semiológico : apraxia y agrafia 593

Revue Neurologique :

H. Baruk, M. Racine & Delaville : Action electrocardiographique et neuro-végétative de l'insulintherapie dans la catatonie expérimentale bulbocapninique et dans la catatonie humaine 140
J. de Busscher, H. J. Scherer y F. Thomas : La méningite a Torula 481
J. Lhermitte, Souquet y de Ajuriaguerra : La neurolymphomatose des gallimacées 141
H. Marcus y H. Sjogren : L'hémiballisme et le corps de Luys .. 141
J. Tinel : Un cas de rage humaine 482

Rivista di Diritto Penitenziario :

Fr. **Agostino Gemelli O. F. M.** : Il delinquente per tendenza .. 142

Rivista di Neurologia :

G. Fattovich : Contributo allo studio della iperostosi endocraniche 144
G. Pansini y S. Caccuri : Contributo alla conoscenza delle sindromi nervose da malaria 482

Rivista di Psicologia Normale e Patologica :

Mario F. Canella : Orientamenti della moderna Biologia 267
A. Marzi y G. Tavernari : Ricerche sull'intelligenza dei sordomuti 594

Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale :

Aldo Bertolani : La terapia convulsivante della schizofrenia per mezzo dei sali di ammonio 268
Antonio Maza : Tentativi di cura della schizofrenia con cloruro di ammonio 269

Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie :

R. Brun : Die Neurosen nach Schaedeltraumen 144

Zeitschrift für Altersforschung :

Hans W. Gruhle : Der Einfluss des Alterns auf den Ablauf seelischer Stoerungen 483

Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie :

Robert Bak : Ueber die dynamisch-strukturellen Bedingungen des primaeren Beziehungswahns 595
K. F. Scheid : Die Somatopathologie der Schizophrenie 148

Zeitschrift für Ethnologie :

K. Th. Preuss : Das Irrationale in der Magie 269

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Pág.

Zeitschrift für Psychische Hygiene :

C. Brugger : Uebersicht über auslesefreie Untersuchungen in der Verwandtschaft Schwachsinniger und über die entsprechenden Vergleichsuntersuchungen 149
K. Pohlisch : Prophylaxe des Rauschgiftmissbrauchs 485

SOCIEDAD DE NEURO-PSIQUIATRIA Y MEDICINA LEGAL :

Sesión Extraordinaria del 23 de Marzo de 1939 :

Incorporación de los Delegados Extranjeros a la Segunda Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas como Miembros Honorarios de la Sociedad 271
Isaac Horvitz : Algunas consideraciones sobre un caso de encefalitis psicótica provocado por shock hipoglicémico prolongado 271
Daniel Mackehenie y V. V. Alzamora C. : Las lesiones anatómicas del sistema nervioso en la enfermedad de Carrión 271
Darío Acevedo : Mecanismo del apnea adrenalínica 272
Darío Acevedo y Fernando Montesinos : Contribución al estudio de la taquifilaxia pituitrínica 272

Sesión del 3 de Mayo de 1939 :

Discurso de apertura leído por el Presidente de la Sociedad, Doctor Honorio Delgado 273
Sergio E. Bernales y José Max Arnillas Arana : Derivaciones jurídicas de un peritaje psiquiátrico 275
Luis Pesce : Tratamiento fisioterápico de la parálisis infantil .. 275
J. O. Trelles y M. Méndez Parodi : Un caso de atrofia cerebelosa 275

Sesión del 7 de Junio de 1939 :

Juan Voto Bernales y Jorge Lazarte : Sobre tres casos de espasmo de torsión 275
Juan F. Valega : Efectos neuro-psíquicos del trauma eléctrico .. 276
C. Gutiérrez-Noriega : Variaciones de la dosis convulsivante liminar de Cardiazol en los epilépticos 276
C. Gutiérrez-Noriega : El tono neuro-vegetativo determinado por la prueba de la atropina en los esquizofrénicos 277

Sesión del 5 de Julio de 1939 :

J. O. Trelles y Mario Méndez : Sobre cuatro casos de síndrome de Stewart-Morel (hiperostosis frontal interna) 487
Federico Sal y Rosas y Camilo Dongo : El intervalo preconvulsivo cardiazólico en los epilépticos 487
Carlos Krumdieck : El Cardiazol en la parálisis infantil 487

Sesión del 9 de Agosto de 1939 :

J. O. Trelles y Mario Méndez : Caso clínico de síndrome de Cecile Vogt (Estado marmóreo del striatum) 488
Oscar Soto : Diagnóstico radiológico y diferencial de la hiperostosis frontal interna 488
Max González Olaechea : Meningitis neumocócica y su tratamiento 488
Honorio Delgado : El sulfato de benzedrina en la melancolía 488

Sesión del 7 de Septiembre de 1939 :

Incorporación del Doctor Gregorio Marañón como Miembro Honorario de la Sociedad 489
Honorio Delgado : Luxación recidivante del hombro en la epilepsia espontánea 492

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Pág.

Guillermo Gastañeta : Luxación recidivante en la epilepsia 493
Luis Suárez y Mario Méndez : Caso clínico de ataxia frontal 493
C. Gutiérrez-Noriega : El shock hipoglicémico en los gatos descerebrados 494
C. Gutiérrez-Noriega : Efectos de la destrucción progresiva del tronco encefálico sobre la intensidad de las reacciones epiléptica y vascular del Cardiazol 494

Sesión del 4 de Octubre de 1939 :

Carlos Monge : Disturbios psíquicos en la enfermedad de la altura 597
J. M. Herrera O. : Medicina del trabajo y apreciación médico-legal de los obreros de minas 597
F. Sal y Rosas : Experiencias de combinación luminal-cardiazol en el tratamiento de la epilepsia 598
M. Méndez y P. Anglas : Síndrome de poliomielitis anterior asociado a la enfermedad de Carrión 598

Sesión del 8 de Noviembre de 1939 :

Honorio Delgado : Un caso de parafrenia expansiva con antecedentes y síntomas neurológicos de sífilis 599
J. O. Trelles y Jorge Lazarte : Síndrome de la arteria coroidea anterior 600
Max González Olaechea : Meningo-neuro-axitis con notable hipertensión raquídea 600

Sesión del 4 de Diciembre de 1939 :

J. B. Lastres, A. Indacochea y C. Merino : Síndrome óculo-simpático en el curso de afección neuro-anémica 601
F. Sal y Rosas : Fantopsias en un caso de ceguera de etiología tuberculosa 601
J. M. Herrera O. : Aspecto médico-legal y social del procedimiento para la internación de enfermos mentales y toxicómanos 602
Honorio Delgado : Un caso atípico de psicosis presenil con síndrome de Cotard 602

INFORMACION :

Clínica de Neuro-Psiquiatría 323
Congreso Latinoamericano de Criminología 605
Nueva revista de la especialidad 605
Tercer Congreso Internacional de Neurología 153
Tercer Congreso Internacional de Neurología 496
64a. Reunión de Neurólogos y Psiquiatras del Suroeste de Alemania .. 319
Segunda Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas 152

Ponencias oficiales :

I. Neurología :

Enrique Encinas : Acerca de la variabilidad cito-arquitectural de la corteza del lóbulo frontal del cerebro humano 279
Oscar Trelles : Base anatómica del dolor 280
José Bernardo Odoriz : Fisiología del dolor 281
Vicente Dimitri : Fisiopatología del dolor 283
Max González Olaechea : El dolor en las enfermedades viscerales .. 284
Maximiliano Rueda : Dolor y toxicomanía 286
Raimundo de Castro y Bachiller : El dolor en medicina legal 286
Isaac Horvitz : Un nuevo camino en el tratamiento del dolor 287
A. Austregesilo : Psicología y psicoterapia del dolor 288

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Pág.

II. Psiquiatría :

Jaime de Mendoza : Notas sobre la hipocondría 289
Juan Peón del Valle : Hipocondría y constitución 289
A. Sicco : Hipocondría y manifestaciones hipocondríacas 290
Henrique Roxo : Localización nosográfica de la hipocondría 291
G. Uribe Cualla : La hipocondría en medicina legal 291
J. M. Estapé : La hipocondría en medicina legal 291
Gonzalo Bosch : Tratamiento de la esquizofrenia 292
Honorio Delgado : Tratamiento de la esquizofrenia 293
Julio Endara : Tratamiento de la esquizofrenia 294
Héitor Péres : Tratamiento de la esquizofrenia 295
Samuel Fanírez Moreno : Tratamiento d ela esquizofrenia 296
Artuvo Vivado : Tratamiento de la esquizofrenia 297
Baltazar Caravedo : El servicio social en la asistencia de los enfermos de la mente 298
Elías Malbrán : El servicio social y la asistencia de enfermos de la mente en Chile 300
A. C. Pacheco e Silva : El servicio social en la asistencia de los enfermos de la mente 300

III. Medicina Legal :

Nerio Rojas : Fundamento biológico de la incapacidad civil de los alienados 301
H. Tanner de Abreu : La deontología en la práctica del seguro social 302
Baldomero Arce Molina : La deontología en la práctica del seguro social 303
Luis Angel Ugarte : La deontología en la práctica del seguro social .. 303
Guillermo Fernández Dávila : La deontología en la práctica del seguro social 304

Trabajos libres :

I. Neurología :

Demetrio García : Alteraciones anatomopatológicas de algunas afecciones a neuro-virus 305
Darío Acevedo : La Tiramina como substancia desinversora 306
Darío Acevedo : La Guanidina como substancia simpáticomimética .. 306
Daniel Mackehenie y Enrique Encinas : Acerca de un caso de verruga benigna complicado 306
Carlos Villarán y L. Pesce : Secuelas de la parálisis braquial de Duchenne-Erb tipo superior. Su tratamiento quirúrgico 306
Raúl Rebagliati : Cuadros psico-neurológicos en palúdicos 306
Francisco Graña : Las fracturas del cráneo en los niños 306
Luis Chávez Velando : Síndrome intercalar de las crisis jaquecosas .. 306
Luis Chávez Velando : Síndrome doloroso funcional del astigmatismo 307
Luis Chávez Velando : Significación fisiopatológica de la fotofobia y de la astenopía 307
Carlos Gutiérrez-Noriega : Observaciones neurobiológicas de la acción convulsivante del Cardiazol 307
Carlos Gutiérrez-Noriega y H. Rotondo : Fisiología comparada y mecanismo de las convulsiones producidas por Cardiazol en las aves 307
Carlos Gutiérrez-Noriega y H. Rotondo : El dolor en la catatonía experimental 307
Carlos Gutiérrez-Noriega y H. Rotondo : Estudios farmacológicos de la rigidez descerebrada 307
L. Pesce, J. O. Trelles y A. Indacochea : Sobre un caso de síndrome lateral del bulbo 308
Francisco Villagarcía : La simpáticotomía perihumeral 308

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Pág.

Francisco Villagarcía : La infiltración de alcohol-novocaína en las cicatrices dolorosas 308
Carlos Alberto Protzel : Evolución del síndrome neurológico en los enfermos de mal de Pott tratados por el método de Albee 308
Felipe L. Plaza : Bloqueo de las ramas del trigémino en la cirugía oral 308
Luis Pesce : La electroforesis central y periférica en neurología 308
Carlos Monge : Fisiopatología del sistema nervioso-vegetativo en la altura 308
Sergio Bernales : Síntomas neurológicos de la enfermedad de Lobstein 309
Jorge de Romaña : Tratamiento quirúrgico de las secuelas de la parálisis infantil 309
B. Guenther : Algunas consideraciones sobre fisiopatología del dolor .. 309
M. F. Beca : Alteraciones cerebrales en la cardiazolterapia (Estudio experimental) 309
J. N. de Almeida Prado : Calcioterapia encefálica en neuro-psiquiatría 309
J. N. de Almeida Prado : Punción yugular como recurso semiológico en neuro-psiquiatría 309
L. Mir : Síndrome de desintegración nerviosa de origen específico 309
Alejandro Arellano : Importancia de la hidráulica del líquido céfalo-raquídeo en la altura 310
J. O. Trelles y P. Anglas Quintana : Mecanismo de la crisis epiléptica espontánea y cardiazólica 310
J. O. Trelles y Mario Méndez P. : Un caso de atrofia cerebelosa 310

II. Psiquiatría :

Luis D. Espejo : Leiastenia e hipocondría 310
Federico Sal y Rosas : El Cardiazol en la epilepsia 310
Federico Sal y Rosas : El tratamiento convulsivante de la histeria y de la psicastenia 310
A. Fernández Quintana : Estudio experimental de la atención en enfermos mentales tratados con Cardiazol 310
Edgard Pinto César : Encefalosis psicopática difusa juvenil 311
J. N. de Almeida Prado : La cura térmica en las enfermedades mentales 311
Mario Yahn : Ensayos con cloruro de amonio por vía endovenosa en el tratamiento de la esquizofrenia 311
Mario Yahn : Tratamiento de dos casos de pelagra por cloruro de amonio por vía endovenosa 311
Mario Yahn y Nilo T. Silva : Estado mental de esquizofrénicos después de comas prolongados en la insulinoterapia 311
Henrique Marques de Carvalho : Consideraciones sobre el servicio de esquizofrenia en el Hospital de Juqueri 311
Anibal Silveira y Coriolano Roberto Alves : Estudios biotipológicos en esquizofrénicos tratados por el método de von Meduna 312
Anibal Silveira : Algunas causas de error que se debe evitar en los tratamientos modernos de esquizofrénicos 312
Anibal Silveira : Estudio psicopatológico del shock convulsivante. Aplicaciones de importancia práctica inmediata 312
Alberto Bonhour : La analgesia en los alienados. El marasmo 312
René Arditti Rocha : Contribución clínica semiológica al estudio de la atención 312
Rogelio Carratalá : Tratamiento de las toxicomanías por auto-sueroterapia con suero de vejigatorio 313
Rogelio Carratalá : Tratamiento del alcoholismo experimental 313
Carlos Vaz Ferreira : Consideraciones acerca de los resultados obtenidos por la aplicación del psicoanálisis en un paranoico criminal .. 313
Oscar Rodríguez Rey : La evolución mental en los niños asilados .. 313
Francisco Herrera Guerrero : Bosquejo histórico de la psiquiatría en Venezuela 313

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Pág.

Horacio Chacón Vargas : Algunas observaciones sobre el tratamiento de la esquizofrenia por el Cardiazol 313
Enrique Alama Gutiérrez : Al margen de ciertas anomalías psíquicas y somáticas durante el desarrollo del niño 313
M. L. Sánchez Martín : Algunas consideraciones sobre la terapia convulsivante 314
Guillermo Aranda : Notas sobre el tratamiento de los estados de mal epiléptico 314
Víctor Arroyo A.: Esquemas y síntesis del climaterio femenino en su relación con el psiquismo 314
O. Peralta V. y M. F. Veca : Psicosis pelagrosa y pelagra en los alienados 314
Eduardo Brücher E. : El estado de los alienados delincuentes en Chile 314
Luigi Telatin : Lesiones óseas durante la terapia convulsivante cardiazólica 314
Isaac Horvitz : Experiencias del neuropsiquiatra en la práctica del seguro social 315
Alfredo Rojas Carvajal : Los seguros sociales y su importancia para la higiene mental 315
Alfredo Rojas Carvajal : Higiene mental y organización científica del trabajo 315

III. Medicina Legal :

L. Avendaño : Incapacidad civil e interdicción 315
Angel Viñan : Algunos aspectos del problema médico-legal de los alcoholistas 315
Luis Cattáneo y Juan Martín E. Gonzáles : La erotomanía ante la medicina-legal 315
René Arditti Rocha : Perseguidores de médicos 315
Rogelio Carratalá y Danilo C. Vucetich : Importancia del dosaje del alcohol en el aire expirado para el diagnóstico químico de la ebriedad 316
Luis Cubillos L. : La psicofisiotecnia y su importancia en la prevención de los accidentes del trabajo 316
Enrique Villela : En pro de la reforma abolicionista y de la nueva orientación de la campaña anti-venérea 316

NECROLOGIA :

Alfred Walter Campbell 155
Octave Crouzon 156
Johannes Lange 157
George Marinesco 158
Frederick Tilney 160

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

INDICE DE AUTORES *

Abeille Luciano 573
Acevedo Darío 272, 306
Ajuriaguerra J. de 105, 141
Alama Gutiérrez Enrique .. 373
Allende Lezama Luciano .. 107
Allende Navarro Fernando de 108
Almeida Prado J. N. de .. 309, 311
Alves Coriolano Roberto .. 312
Alverdes Friedrich 581
Alzamora C., V. V. 271
Anastasopoulos Georg 583
Andrade Silva Jr. Julio de .. 580
Anglas Quintana P. **163,** 310, 598
Aranda Guillermo 314
Arce Molina Baldomero 303
Arellano Alejandro **246,** 310
Arenaza Carlos de 138
Arditti Rocha René 312, 315
Arnillas Arana J. Max 275
Arroyo A. Victor 314
Aste Salazar J. H. 129
Austregesilo A. 117, 254, 288
Avendaño L. 315

Bak Robert 595
Balken Eva 589
Barahona Fernandes 254
Baruk H. 140
Beca M. F. 309
Berdet H. 574
Bernales Sergio E. 275, 309
Bertolani Aldo 268
Bini L. 119
Birkmayer W. 116
Bischer W. 588
Bize P.-R. 470
Bleuler M. 471
Bonhour Alberto 312
Borges Fortes A. 473
Bosch Gonzalo 292
Braunmühl A. v. 135
Brocard Henri 109
Brücher Eduardo 314
Brugger C. 149
Brun R. 144
Bufe Ernst 255
Buscaino V. M. 265, 588
Busscher J. de 481

Caccuri S. 482
Canella Mario F. 267
Caravedo Baltazar 298
Carratalá Rogelio 313, 316
Carreras y Artau Tomás .. 259
Castañe Decoud Anibal 138
Castro y Bachiller R. de .. 288
Cattáneo Luis 315
Coello Vinatea Armando 97
Cohen Louis H. 475
Colognese Guglielmo 480
Cornejo L. G. 573
Corwin Wm. 129
Costa Rodrigues I. 473
Costero I. 574
Crowley Ralph M. 137
Cubillos L., Luis 316
Cunha Lopes I. 473

Chacón Vargas Horacio .. 313
Chávez Velando L. A. .. 306, 307, 462

Delaville 140
Delgado Honorio **1,** 273, 293, 462, 476, 488, 489, 492, 579, 599, 602
Dembo A. 462
Dongo Camilo 487
Dimitri Vicente 283

Encinas Enrique 279, 306
Endara Julio 294
Espejo Luis D. 310
Estapé J. M. 291

Fasnaro G. 588
Fattovich Giovanni 133, 134, 144
Fernández Dávila Guillermo 304
Fernández Quintana A. 310
Fick Rudolf 260
Fracassi Teodoro 138, 592
Freud Sigmund 262
Frisco Salvatore di 591

García Demetrio E. 138, 305
Gareiso A. 480
Gastañeta Guillermo 493
Gemelli Agostino 142
Gjessing R. 124

* Las cifras gruesas corresponden a artículos originales.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Goncalves Fernandes 575
Gonzales Juan Martín E. .. 315
González Olaechea Max .. 284, 488, 600
Gramont Armand de 264
Graña Francisco 306
Grimaldi Lelio 131
Groos Sidney W. 125
Gross M. 474
Gross-May G. 474
Gruhle Hans W. 483
Guenther B. 309
Gutiérrez-Noriega. C. **73, 185,** 276, 277, **307, 426,** 494
Guttmann Eric 583

Heyde Johs. Erich 118
Herrera Guerrero Francisco 313
Herrera O., J. M. 597, 602
Horvitz Isaac 271, 287, 315

Imbelloni 462
Indacochea A. 308, 601

Jahn Dietrich 131
Jakob Ch. 593
Jayle G. E. 578
Jiménez Borja Arturo 228

Kant 110
Krueger Félix 256
Krumdieck Carlos 487
Küppers E. 587

Lallau Raymond 464
Lange O. 464
Lascio A. di 476
Lastres Juan B. 576, 601
Lazarte Jorge 275, **546,** 600
Lhermitte Jean 110, 141
Lorand Sandor 266
Lucena J. 133

Mackehenie Daniel 271, 306
Malbrán Elías 300
Marcus H. 141
Marques de Carvalho Henrique 311
Marzi A. 594
Masserman Jules 589
Maza Antonio 269
Mazeira C. A. 573
Mejía León 552
Méndez M. 275, 310, **342,** 487, 488, 493, 598
Mendoza Jaime de 289
Mennato Mario de 267
Merino C. 601
Mir L. 309
Monge Carlos 308, 536, 597

Mira y López Emilio **503**
Montesinos Fernando 272
Moreira da Fonseca J. 581
Moyano B. A. 593

Neel Axel V. 576

Odoriz José Bernardo 281

Pacheco e Silva A. C. 300
Palisa Ch. 116
Pansini G. 482
Pedace E. A. 480, 593
Pellacani Giuseppe 477
Peón del Valle Juan 289
Peralta V., O. 314
Péres Héitor 295
Pereyra Kafer J. 480
Pesce Luis 275, 306, 308
Pichon Riviere E. 120
Pinto César Edgard 311
Pinto Pupo Paulo 470
Platania S. 265, 588
Plaza Felipe L. 308
Pohlisch K. 485
Pollock Horatio M. 478
Preuss K. Th. 269
Protzel Carlos Alberto 308
Puusepp L. 465

Racine M. 140
Ramírez Moreno Samuel .. 296
Raskovsky L. 480
Rebagliati Raúl 306
Reis Joao Baptista dos 580
Rey André 258
Ribeiro Leonidio 577
Ribeiro R. 476
Robalinho Cavalcanti L. .. 588
Robin Gilbert .. ..
Rochelle Dean Stanley 126
Rodríguez Rey Oscar 313
Rojas Carvajal Alfredo 315
Rojas Nerio **301,** 466, 522
Romaña Jorge de 309
Rotondo Humberto **73,** 185, 307
Roxo Henrique 291
Rubin Morton A. 475
Rueda Maximiliano 286

Sáenz Luis N. 467, 487, 598
Sal y Rosas Federico ... **81,** 310, 373, 601
Sánchez Martin M. L. 314
Scheid K. F. 148
Scherer H. J. 481
Schmideberg Melitta 122, 266
Schneider Kurt 128

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Sicco A. 290
Silva Nilo S. 311
Silveira Anibal 312
Sirlin Lázaro 467
Sjogren H. 141
Sogliani Giorgio 477
Soto Oscar 325, 488
Souquet 141
Stephenson W. 263
Suárez Luis 493

Tabernari G. 594
Tanner de Abreu Henrique 112, 302
Tauro del Pino Juan 391
Telatin Luigi 314
Thomas F. 481
Thompson John W. 129
Tinel J. 482
Tomasino Antonino 131
Trelles J. O. .. **62, 163,** 275, 280, 308, 310, **342,** 487, 488, **546,** 579, 600

Ugarte Luis Angel 303
Uribe Cualla G. 291

Valega Juan F. 276, 363
Varios autores 112, 114, 469
Veca M. F. 309, 314
Vaz Ferreira Carlos 313
Victoria Marcos 593
Villagarcía Francisco 306
Villarán Carlos 306
Villela Enrique 316
Villey G. 468
Viñán Angel 315
Vivado O., Arturo 139, 297
Voronoff Serge 468
Voto Bernales C., Jorge 62
Voto Bernales Juan 275
Vucetich Danilo 316

Yahn M. 311

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ECONOMIA DE LA REVISTA

Precio del número en Lima	S/.	2.50
En provincias	„	3.00
Suscripción anual en Lima	„	10.00
Suscripción anual en provincias	„	12.00

Lugar de venta en Lima:

IMPRENTA GIL, S. A. — JUNIN No. 459

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Empresa Periodística S. A.-LA PRENSA

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera